

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**A adesão ao regime medicamentoso na pessoa idosa e
seu cuidador no domicílio**

Lina Isabel Jesus Ramos Fernandes

**Lisboa
2020**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**A adesão ao regime medicamentoso na pessoa idosa e
seu cuidador no domicílio**

Lina Isabel Jesus Ramos Fernandes

Orientador: Professora Doutora Maria Adriana Pereira Henriques

**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Tudo começa com um sonho,
basta foco e determinação para torná-lo realidade.”*

Luiz Henrique Mota

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Adriana Henriques
...pela orientação e disponibilidade em todas as etapas deste percurso.

À Carla e à Márcia
...companheiras deste caminho, pela amizade que nasceu, pela partilha e apoio em
todos os momentos mais difíceis.

À Ana Luísa, à Dr.^a Paula Brandão e à Dr.^a Teresa Lindo
...pela ajuda, por serem a âncora em vários momentos.

À minha família
...pelo apoio, paciência e amor incondicional.

À minha filha, Bia
...por ser o meu farol durante este desafio.

E a todos aqueles que sempre acreditaram em mim.

Siglas e Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARM – Adesão ao Regime Medicamentoso

ARS LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CHO – Centro Hospitalar do Oeste

CMTV- Câmara Municipal de Torres Vedras

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

dp- Desvio Padrão

EEMCVPI- Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa

MAT- Medida de Adesão aos Tratamentos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PI- Pessoa Idosa

RAM - Reação Adversa à Medicação

RT- Reconciliação Terapêutica

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. O envelhecimento e a medicação	14
1.2. Adesão ao regime medicamentoso.....	16
1.3. A adesão ao regime medicamentoso na PI e cuidador e a intervenção de enfermagem.....	21
1.4. Quadro Conceptual de Enfermagem.....	22
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	24
2.1. Estudo Transversal	26
2.1.1. Metodologia do Estudo	26
2.1.1.1. Desenho do estudo, seleção dos participantes, critérios de inclusão e de exclusão	26
2.1.1.2. Instrumento de recolha de dados	27
2.1.1.3. Análise de dados	28
2.1.1.4. Aspectos Éticos	29
2.1.2. Resultados.....	29
2.1.2.1. Taxa de participação	29
2.1.2.2. Caracterização sociodemográfica	30
2.1.2.3. Estado de Saúde	32
2.1.2.4 Perfil medicamentoso	32
2.1.2.5. Adesão ao Regime Medicamentoso	33
2.1.2.6. Conhecimento e capacidade para gerir o regime medicamentoso	35
2.1.2.7. Fatores associados à adesão.....	36
2.1.3.Discussão	38
2.1.4.Limitações do Estudo.....	42
3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO CLÍNICO	43
3.1.Estágio em Contexto Hospitalar.....	43
3.2. Estágio no Contexto Comunitário.....	47
3.3. Avaliação das Intervenções Implementadas	51
4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS	57
5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	60
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	
ANEXO I <i>Escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)</i>	
ANEXO II <i>Escala Conhecimento sobre regime medicamentoso</i>	

ANEXO III *Escala Capacidade para gerir regime medicamentoso*

APÊNDICES

APÊNDICE I *Parecer da Comissão de Ética da ARS LVT*

APÊNDICE II *Consentimento Informado Livre e Esclarecido*

APÊNDICE III *“Report”: Descrição do nome do Enfermeiro de Família ou de Referência no SClínic®*

APÊNDICE IV *Guia Terapêutico*

APÊNDICE V *Procedimento da Reconciliação Terapêutica*

APÊNDICE VI *Proposta de Check list: Auditoria à Reconciliação Terapêutica*

APÊNDICE VII *Sessão de Formação: Reconciliação Terapêutica*

APÊNDICE VIII *Check list: Auditoria à Adesão ao Regime Medicamentoso na Visitação Domiciliária*

APÊNDICE IX *Sessão de Formação: Adesão ao Regime Medicamentoso na Pessoa Idosa e seu Cuidador*

APÊNDICE X *Folheto Informativo: A medicação na pessoa idosa*

APÊNDICE XI *Cartazes Ilustrativos: TOME OS MEDICAMENTOS como os profissionais de saúde RECOMENDAM!*

APÊNDICE XII *Tertúlia: Valorize os seus medicamentos! Venha saber PORQUÊ!*

APÊNDICE XIII *Cartaz de divulgação: 1ª Tertúlia da Pessoa Idosa e Seu Cuidador
Valorize os seus medicamentos! Venha saber PORQUÊ!*

APÊNDICE XIV *Consentimento Informado para recolha de Imagens*

APÊNDICE XV *Certificado de Presença na Tertúlia: “Valorize os seus medicamentos! Venha saber PORQUÊ!”*

APÊNDICE XVI *Questionário de opinião/ sugestão da 1ª Tertúlia da Pessoa Idosa e seu Cuidador*

APÊNDICE XVII *Póster: A Adesão ao Regime Medicamentoso - uma intervenção de enfermagem centrada no idoso e cuidador*

APÊNDICE XVIII *Certificado da PRIMEIRA MENÇÃO HONROSA nas II Jornadas de Enfermagem – Cuidado Centrado na Pessoa*

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pirâmide etária da USF	25
Figura 2. Modelo de intervenção de enfermagem na adesão ao regime medicamentoso	51
Figura 3. Resultados da avaliação da sessão clínica " Reconciliação Terapêutica" dia 23/10/2019	53
Figura 4. Resultados da avaliação da sessão clínica " Reconciliação Terapêutica" dia 20/11/2019.....	53
Figura 5. Resultados da avaliação da sessão de clínica " Adesão ao Regime Medicamentoso na Pessoa Idosa e seu Cuidador"	54
Figura 6. Resultados da avaliação da aquisição de conhecimento da Tertúlia " Valorize os seus medicamentos! Venha saber PORQUÊ!"	55

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da população e amostra que participou no estudo	30
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes	30
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores das pessoas idosas ...	31
Tabela 4. Caracterização das principais doenças crónicas e grau de dependência dos participantes por dois grupos.....	32
Tabela 5. Caracterização do número de medicamentos diários e da isenção de medicação dos participantes estratificada pelos dois grupos	33
Tabela 6. Distribuição da resposta (percentagem) das pessoas idosas pelos itens da escala MAT	34
Tabela 7. Distribuição da resposta (percentagem) dos cuidadores pelos itens da escala MAT	34
Tabela 8. Adesão aos tratamentos (MAT), média e nível de adesão das pessoas idosas e cuidadores	35
Tabela 9. Conhecimento e capacidade de gestão do regime medicamentoso pelas pessoas idosas e pelos cuidadores.....	36
Tabela 10. Distribuição de vários fatores sociodemográficos, de saúde e de regime medicamentoso entre pessoas com baixa e alta adesão	36
Tabela 11. Distribuição do número e tipo de doenças crónicas, e do número de medicamentos por género dos participantes.....	38

RESUMO

Com o envelhecimento da população, o predomínio de doenças crónicas e a necessidade de assegurar cuidados de qualidade, foram definidas políticas de saúde que visam aumentar a segurança da pessoa idosa na utilização do medicamento. Contudo, a não adesão à medicação mantêm-se um problema importante de saúde pública.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na equipa multidisciplinar, sendo um elemento dinamizador e promotor de comportamentos de saúde e de literacia em saúde na pessoa idosa, contribuindo para a sua capacitação, nomeadamente, com intervenções educativas.

O percurso de estágio aqui contemplado, decorreu em duas instituições de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo, que dão resposta à mesma população em diferentes níveis de cuidados de saúde (primário e secundário). Pretendeu-se o desenvolvimento e a aquisição de competências específicas para a consolidação de enfermeiro mestre na área médico-cirúrgica na Pessoa Idosa. Nesta trajetória, foram desenvolvidas intervenções que enfatizaram a importância da adesão ao regime medicamentoso adequado, promovendo a autonomia e responsabilidade da pessoa idosa e seu cuidador, na gestão da saúde. De relevar a realização de um estudo transversal, num grupo de 52 pessoas idosas e 26 cuidadores com o objetivo de identificar fatores condicionantes e intervenções promotoras da adesão ao regime medicamentoso e a elaboração de um guia terapêutico comum entre os dois níveis de cuidados a ser facultado à pessoa idosa e seu cuidador.

Palavras chave: adesão ao regime medicamentoso; pessoa idosa; cuidador e autocuidado

ABSTRAT

With the population aging, the predominance of chronic diseases and the need to ensure quality care, led to the definition of health policies in order to increase the safety of the elderly in the use of medication. However, non-adherence to medication from this group remains an important public health problem.

The nurse plays a fundamental role in the multidisciplinary team, being a dynamic and promoting element of health behaviours and health literacy, contributing to the elderly population's training, namely with educational interventions.

The internship course contemplated here, took place in two health institutions in the Lisboa and Vale do Tejo region, which respond to the same population in different levels of health care (primary and secondary). It was intended to develop and acquire specific skills for the consolidation of master nurse in the medical-surgical area in the Elderly. In this trajectory, interventions were developed in order to emphasized the importance of adhering to the appropriate medication regime, promoting the autonomy and responsibility of the elderly person and their caregiver, in health management. It is worth noting that a cross-sectional study was carried out in a group of 52 elderly people and 26 caregivers in order to identify conditioning factors and interventions that promote adherence to the medication regime and the development of a common therapeutic guide between the two levels of care to be provided to the elderly person and their caregiver.

Keywords: adherence to the medication regime; elderly; self-care

INTRODUÇÃO

Com o presente Relatório pretende-se apresentar o percurso de estágio desenvolvido para a obtenção do grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa idosa, explicitando a organização e preparação das atividades desenvolvidas, as competências adquiridas e documentando os resultados obtidos.

Sendo enfermeira há 13 anos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) confronto-me ao longo destes últimos anos, com um aumento da população idosa que apresenta múltiplas doenças crónicas, com prescrição de múltiplos medicamentos e que requerem intervenções específicas e especializadas de enfermagem e de uma equipa multidisciplinar. Foi perante esta problemática, que considerei pertinente aprofundar, atualizar e consolidar conhecimentos e desenvolver competências para melhor adequar a prestação de cuidados à pessoa idosa (PI) e seu cuidador. Há necessidade de uma intervenção proeficiente junto da pessoa idosa e seu cuidador, na adesão ao regime medicamentoso, sustentada na melhor evidência científica, sendo estas as condições para o desenvolvimento do percurso de aprendizagem com o título “A adesão ao regime medicamentoso na pessoa idosa e seu cuidador no domicílio”.

A adesão terapêutica é um conceito alargado que integra as questões relacionadas com a gestão adequada da alimentação saudável, atividade física e regime medicamentoso. O projeto desenvolvido centra-se no regime medicamentoso, considerando o impacto que a má gestão pode ter na pessoa idosa, nas consequências negativas inerentes a práticas pouco seguras na toma do medicamento, bem como pelo papel fundamental do enfermeiro na capacitação da pessoa idosa e seu cuidador, na adesão ao regime medicamentoso, no domicílio.

A relação entre envelhecimento demográfico, gastos em saúde e polimedicação é um problema de saúde a médio e a longo prazo em todo o mundo. Também a segurança da pessoa idosa na transição dos níveis de cuidados deverá ser tida como relevante (Martins, Martins, & Santos, 2017). Estando amplamente descrito que a adesão à medicação é uma componente crucial no tratamento das doenças crónicas (Frances, Thirumoorthy, & Kwan, 2016), é fundamental garantir a adesão aos medicamentos prescritos, para que a PI seja capaz de receber o máximo dos benefícios terapêuticos e o mínimo de riscos.

O enfermeiro deve intervir no sentido de capacitar a pessoa idosa e o seu cuidador na promoção da saúde para além da prevenção da doença. Os enfermeiros

na sua atividade acompanham de forma próxima e individualizada a pessoa idosa e família (cuidador) desenvolvendo planos de gestão do regime medicamentoso, intervindo na sua capacitação, que conduzem as modificações no estilo de vida e interagem com os diferentes profissionais de saúde. O enfermeiro identifica as dificuldades e constrangimentos na não adesão medicamentosa e planeia com a PI e seu cuidador estratégias para melhorar a mesma, ajudando desta forma a integrar os diferentes aspetos que promovem a adesão ao regime medicamentoso e, em última análise, constituindo-se como parceiro e recurso de cuidados (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2003).

O enfermeiro, pela sua proximidade, compreende melhor a PI o que contribui para uma interação mais eficaz e uma melhor comunicação, com resultados positivos na adesão ao regime medicamentoso. O enfermeiro ao compreender, antecipar os obstáculos à continuidade dos cuidados e monitorizar o progresso da adesão ao regime medicamentoso, identifica potenciais problemas associados à medicação e adequa, os cuidados a serem prestados de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa idosa (Henriques, 2011; Martinho, 2015; Oliveira, 2015).

O planeamento deste projeto iniciou-se em março de 2019, com a pesquisa de evidência científica que suporta esta problemática e com o delinear da questão de partida: “Quais as intervenções de enfermagem que promovem a adesão ao regime medicamentoso no idoso e seu cuidador em contexto domiciliário?”.

Da revisão da literatura sobre políticas de saúde, que suportam esta problemática, salienta-se o Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2021, em que no objetivo estratégico quatro enfatiza o aumento da segurança na utilização da medicação. Neste sentido, operacionalizaram-se dois estágios clínicos que convergiram na promoção da adesão ao regime medicamento para a PI e seu cuidador, através do desenvolvimento de estratégias seguras. O primeiro estágio ocorreu num serviço de Medicina Interna, no Centro Hospitalar do Oeste durante seis semanas, onde a PI é frequentemente internada, seguido de um segundo estágio como uma duração de 12 semanas, numa USF do AcES Oeste Sul, em que a população idosa inscrita nesta unidade que apresenta multimorbilidade é muito elevada. Procurou-se desta forma estabelecer a integração e continuidade de cuidados entre dois níveis de cuidados de saúde, aos quais recorre a PI.

Os objetivos principais deste percurso de estágio clínico foram desenvolver e aprofundar competências de enfermagem especializadas na adesão ao regime medicamentoso na PI e seu cuidador e competências do 2º ciclo de estudos,

conferindo grau de mestre; promover e facilitar a capacitação da PI e seu cuidador na adesão ao regime medicamentoso em contexto domiciliário e hospitalar.

Este documento é estruturado por seis capítulos. O primeiro capítulo aborda o enquadramento teórico, onde se reflete os conceitos norteadores da minha ação em estágio e o referencial conceptual de enfermagem que o sustenta. O segundo capítulo, apresenta as atividades de organização e preparação do estágio e que integram o diagnóstico de situação. O terceiro capítulo, descreve o percurso de estágio realizado. O quarto capítulo, apresenta uma análise crítica e reflexiva das competências adquiridas. O penúltimo capítulo descreve as implicações do percurso de estágio para a prática de enfermagem. O último capítulo refere-se às considerações finais.

O documento foi redigido segundo a norma da American Psychological Association (APA, 6th ed).

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. O envelhecimento e a medicação

Os países estão a assistir a um crescimento exponencial de pessoas idosas na sua população e no planeamento das suas políticas públicas de saúde, prevendo-se que o número de pessoas com 80 anos, ou mais, deverá triplicar até 2050 para 425 milhões¹. A realidade de Portugal não é divergente do contexto mundial, estimando-se que o número de pessoas idosas passará de 2.2 milhões em 2018 para 2.8 milhões em 2080².

Para este aumento da população idosa, muito contribuiu a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente o acesso aos medicamentos, tanto a nível da prevenção, como do controlo e tratamento de doenças, associado à melhoria das condições socioeconómicas e a uma maior prevalência das doenças crónicas (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2003; Sequeira, 2018).

É diante deste crescente envelhecimento populacional que se evidencia a necessidade de direccionar cuidados centrados na PI e no seu cuidador, com intervenções mais ajustadas por parte do enfermeiro, permitindo o envolvimento da pessoa idosa e do cuidador na gestão da sua doença e bem-estar. Os cuidados de saúde ainda se encontram desadequados às necessidades da PI, com insuficiente atenção para a promoção da sua autonomia, particularmente a nível dos cuidados de saúde no domicílio (Sequeira, 2018).

Com o envelhecimento, a perda das capacidades físicas, contribuem para o desenvolvimento da maior parte das doenças crónicas, instalando-se um ciclo vicioso entre as doenças crónicas, a incapacidade funcional e a performance física e mental (Martins, Martins, & Santos, 2017). Nesta perspetiva, é inevitável a ocorrência de polimedicação.

É perante esta constatação que a OMS (2015) evidencia as doenças crónicas como uma epidemia, em particular nas pessoas idosas, pois apresentam várias patologias crónicas em simultâneo. O estudo SIMPATHY (2017) aborda o consumo acrescido de medicamentos, por um tempo mais prolongado e com uma vulnerabilidade acrescida para a ocorrência de reações adversas, de internamentos evitáveis, sofrimento pela PI e sua família e em última instância a morte, muitas das

¹ <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

² <https://www.ine.pt/>

vezes evitáveis (OMS, 2010; Zelko, Klemenc-Ketis, & Tusek-Bunc, 2016), gerando um impacto negativo na saúde pública (Silva, Soares, & Martins, 2012).

Os medicamentos representam 20-30% das despesas globais em saúde (OMS, 2010), sendo Portugal considerado um dos países europeus com um maior consumo de medicamentos, per capita, e com um maior número de pessoas idosas com polimedicação (Instituto Nacional Estatística [INE], 2009), tendo sido gasto 15,5% da despesa total em saúde com medicamentos em 2015 (Ministério da Saúde [MS], 2018).

Há a salientar que a população idosa consome mais de 25% dos medicamentos dispensados nas farmácias e mais de 50% dos medicamentos não estão sujeitos a receita médica; percentagens que irão aumentar com o envelhecimento crescente desta população (Veríssimo, Mota, Figueiredo, & Ribeiro, 2014). Sendo expectável que em 2030 o consumo de medicamentos por parte da PI atinja os 40% (Ribeiro, 2014).

Em Portugal, em média a PI toma aproximadamente quatro medicamentos por dia, sendo as mulheres as principais utilizadoras de terapêutica medicamentosa (Silva & Biscaia, 2004). Neste mesmo estudo foi referido que cerca de 31% dos inquiridos tomam diariamente dois a quatro medicamentos, enquanto 17.2% ingerem cinco ou mais diariamente.

À medida que o número de medicamentos prescritos aumenta, eleva o risco de reações adversas decorrentes da toma da medicação e o risco de não adesão à medicação, condicionando uma diminuição da eficácia do medicamento (Zelko et al., 2016). Segundo Winterstein, Sauer, Hepler, e Poole (2002) a taxa de admissões hospitalares por erros medicamentosos, e que seriam evitáveis é superior a 50%. Os internamentos hospitalares associados à não adesão ao regime medicamentoso revelam-se um problema real (Mongkhon, Ashcroft, Scholfield, & Kongkaew, 2018).

Estimando-se que cerca de 13% dos doentes em domicílio são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação³. Perante este contexto é fundamental racionalizar o uso dos medicamentos, promovendo a sua utilização segura e adesão ao regime medicamentoso (Martins et al., 2017; OMS, 2005).

A prescrição racional na PI, deve ter em conta quatro parâmetros: eficácia; segurança; conveniência e custo do medicamento (Veríssimo et al., 2014). Segundo

³ Diário da República 2ª Série, nº 28 de 10 de Fevereiro de 2015

os autores, na prescrição racional da medicação na pessoa idosa é necessário ter especial atenção à adesão ao regime medicamentoso, já que 70-80% das pessoas idosas não cumprem a prescrição. Para estes mesmos autores esta baixa adesão pode ser explicada: pela deficiente comunicação com os profissionais de saúde; pela prescrição de regimes complexos; pelo esquecimento da parte da pessoa idosa em tomar os medicamentos; pela omissão intencional de doses; pela descontinuidade das doses; pela maior frequência de reações adversas aos medicamentos; pela dificuldade visual, auditiva e de memória e dificuldades económicas.

A avaliação sistematizada da medicação constitui uma pedra basilar da avaliação e da segurança da PI, e deve ser realizada periodicamente. É fundamental construir uma lista de medicamentos que a PI está a tomar e perceber como os toma, com o objetivo de evitar discrepâncias, omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão ao regime medicamentoso (Hoskins, 2011; Mager & Madigan, 2010; Marquis, 2014). A lista de medicamentos é uma das chaves para a comunicação eficaz entre os diferentes profissionais que acompanham a PI (LeBlanc, 2015), bem como para a própria PI e seu cuidador.

O enfermeiro e o cuidador da PI têm que estar muito atentos às mudanças na posologia e/ ou nomes dos medicamentos, uma vez que algumas pessoas idosas, por diversos factores, podem não ter atenção necessária às mudanças da lista dos medicamentos e, facilmente podem cometer um erro ou não aderir ao regime medicamentoso.

A PI deve ser capaz de comunicar com o enfermeiro e identificar quais os medicamentos que está a tomar, para que o toma, qual a dosagem e o tempo de administração apropriados, bem como os efeitos terapêuticos esperados e as reações adversas possíveis (Henriques, 2011; Hoskins, 2011). Qualquer mudança no regime medicamentoso deve ser comunicada à PI ou seu cuidador. As instruções podem ser verbais e/ou escritas, não descrevendo apenas o nome do novo medicamento e com que frequência ele deve ser tomado, mas também qual o seu efeito e como pode identificar possíveis reações adversas, sob a forma de guia terapêutico.

1.2. Adesão ao regime medicamentoso

O conceito de adesão à terapêutica tem tido uma evolução passando sucessivamente da “compliance”, adesão (adherence) e “concordance”. A OMS adotou a definição de adesão (adherence) à terapêutica de longo prazo ou crónica, resultante da fusão das definições de Haynes (1979) e de Rand (1993): “Extensão em

que o comportamento da pessoa, na toma da medicação, no seguimento de uma dieta e/ou a execução de mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde” (OMS, 2003, p.17).

A concordância pode ser expressa como a intenção de ajudar a pessoa idosa a fazer uma escolha o mais informada possível sobre o diagnóstico e tratamento, sobre benefício e risco e participar plenamente na gestão da sua medicação, como se funcionasse como uma aliança. Embora recíproca, esta é uma aliança na qual as determinações mais importantes são aquelas que são feitas pela pessoa idosa (Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 1996). Deste modo, a concordância pode ser integrada como sinónimo de cuidado centrado na pessoa idosa (Bell, Airaksinen, Lyles, Chen, & Aslani, 2007).

A adesão ao regime medicamentoso emerge na atualidade como uma das áreas de atenção relevantes para a prática de cuidados de enfermagem e prioritárias em saúde (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011). É definida como um foco de atenção da enfermagem:

“ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 38).

A adesão ao regime medicamentoso operacionaliza-se através do cumprimento e seguimento do que é recomendado, traduzindo na ação e comportamento da pessoa idosa relativamente à toma dos medicamentos prescritos e ainda, às indicações terapêuticas fornecidas pelos profissionais de saúde (OMS, 2003).

Segundo Zullig et al. (2018), a adesão ao regime medicamentoso consiste no processo pelo qual a pessoa idosa toma a medicação prescrita, integrando três fases inter-relacionadas: iniciação, implementação e persistência. A iniciação refere-se ao momento em que a pessoa idosa toma a primeira dose de um novo regime de medicação, após uma prescrição. A fase de implementação, que é distinta do conceito da ciência da implementação, refere-se à medida em que a dosagem real de um doente corresponde ao regime de dosagem prescrito, desde o início até a última dose

administrada. E por último, e não menos importante a persistência, que consiste no facto da pessoa idosa manter a toma da medicação até à interrupção do tratamento (Zullig et al., 2018).

Embora a adesão à medicação seja um comportamento complexo e multifacetado, os efeitos negativos são totalmente evitáveis (Zullig et al., 2018). No entanto, é importante ter presente que as razões para a não adesão são altamente individualizadas e complexas.

Da revisão da literatura existe vários métodos que abordam a problemática da adesão ao regime medicamentoso, de entre os quais o método AIDES, que consiste num conjunto de estratégias que podem ser usadas pelos profissionais de saúde para melhorar a prestação de cuidados. Em concreto, AIDES significa: avaliação (avaliação abrangente da (s) medicação (ões) prescrita); individualização (do regime em colaboração com o utente); documentação (fornecimento de informações impressas adequadas para o utente); educação (fornecer informações precisas e contínuas adaptadas às necessidades do utente) e supervisão (continuação após o início do regime medicamentoso).

Nalgumas situações, podemos estar perante uma situação de não adesão intencional, em que a própria pessoa idosa opta por não tomar a medicação conscientemente, ou uma não adesão não intencional, surgindo quando a pessoa idosa, tem dificuldade em tomar a medicação prescrita (Clyne, White, & McLachlan, 2012). Podemos concluir que a adesão depende da vontade da pessoa idosa em iniciar e executar o seu plano medicamentoso, tendo sempre presente as suas capacidades físicas, cognitivas e económicas (Mendes, 2017), e das crenças que tem sobre a utilidade da medicação prescrita (Flynn, Friedman, & Klasnja, 2014).

Os autores Seabury, Gupta, Philipson, & Henkhaus (2014), definiram seis áreas-chave para compreender a adesão ao regime medicamentoso: 1) previsão de não adesão, 2) fatores comportamentais que afetam a não adesão, 3) mensuração do impacto da não adesão nos resultados de saúde e custo; 4) efetividade das intervenções existentes; 5) incentivos desalinhados entre utentes e prestadores; e 6) treinamento e coordenação dos prestadores de cuidados.

Diversos estudos têm sido realizados para identificar os diferentes factores que influenciam a não-adesão ao regime medicamento. O estudo Delphi, conduzido como parte do Projeto Abordagem de Obstáculos à Conformidade (Projeto ABC), realizado em 2011, revelou que as causas da não adesão à medicação, para cerca de 43% da amostra, diziam respeito a aspetos do comportamento, crenças ou características das

próprias pessoas idosas, incluindo o esquecimento, o baixo nível de alfabetização em saúde e as crenças negativas sobre medicamentos (Clyne et al., 2012). O mesmo estudo revelou ainda, que o próprio medicamento foi causa da não adesão, em quase 20% devido à complexidade dos esquemas de medicação, da polimedicação e do custo dos medicamentos para a própria pessoa idosa e dos efeitos colaterais do mesmo.

Alguns autores salientam a deficiência visual, o declínio cognitivo, a redução da destreza e baixa alfabetização em saúde como uma das causas da não-adesão ao regime medicamentoso (Pilotto & Martin, 2018), pois o manuseamento e a correta toma dos medicamentos pela pessoa idosa é frequentemente uma tarefa exigente.

Já em 2003 a OMS numa tentativa de sistematizar o problema da não-adesão aos tratamentos para as doenças crônicas, tinha proposto um modelo de análise dos fatores que influenciam o comportamento de adesão em cinco dimensões, que eram:

I. Os fatores sociais e económicos: como a idade, o sexo, o estado civil, o nível de escolaridade, a situação profissional, os apoios sociais, as condições habitacionais, o custo dos medicamentos, a distância ao local de tratamento, a raça, as crenças culturais e as desigualdades sociais, em suma, condições de vida de grande instabilidade e disfuncionalidade familiar.

II. Os fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde: onde sobressai a relação profissional de saúde-pessoa idosa, o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, a acessibilidade aos medicamentos e a taxa de participação, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços.

III. Os fatores relacionados com o tratamento: a compreensão acerca da complexidade do regime terapêutico e dos seus benefícios, a duração, as alterações frequentes na medicação, a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação, custos dos medicamentos e a consequente falta de apoio por parte do profissional de saúde para lidar com estes fatores.

IV. Os fatores relacionados com a doença: como a gravidade dos sintomas, a progressão e gravidade da doença, do impacto efetivo do tratamento, bem como as co- morbilidades associadas.

V. Os fatores relacionados com a pessoa idosa: destacam-se os recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as perceções e expectativas da PI relativas à doença e aos tratamentos, o esquecimento, a ansiedade sobre possíveis efeitos adversos da medicação, o conhecimento inadequado acerca dos sintomas e tratamento da doença.

É realçado na literatura que o nível de conhecimento sobre os medicamentos e a gestão adequada dos medicamentos quer pela PI quer pelo cuidador e/ou pelos profissionais de saúde, aumentam a adesão ao regime medicamentoso. A capacitação é evidenciada como um factor facilitador com resultados positivos na gestão da medicação, podendo definir-se como um constructo motivacional, sustentado na qual a PI participa como parceiro nas decisões da sua saúde, e consequentemente, aumentando a sua responsabilidade por essas decisões (Náfrádi, Nakamoto, & Schulz, 2017). É com base nesta suposição que podemos inferir que a capacitação pela PI, associada à sua autonomia é benéfica para a adesão ao regime medicamentoso. Pois a PI capacitada possui conhecimentos e capacidades para tomar de forma esclarecida as decisões mais corretas sobre o seu regime medicamentoso, possibilitando-lhe a escolha se adere, ou não, aos medicamentos prescritos (Varming, Hansen, Andrésdóttir, Husted, & Willaing, 2015).

Sendo estabelecida desta forma uma ligação potencial do aumento da adesão ao regime medicamentoso à literacia em saúde. A OMS (1998) definiu literacia em saúde como um conjunto de competências cognitivas e sociais relacionadas com a capacidade para aceder, compreender e aplicar informação de forma a promover e manter a saúde.

A literacia em saúde está relacionada com o desenvolvimento do conhecimento, competências e motivações dos indivíduos, assim como aquisição de informação para acederem, usarem, avaliarem, interpretar e compreenderem o sistema de saúde, de forma a tomarem decisões fundamentadas para manter a sua saúde no dia-a-dia, prevenindo doenças e promovendo hábitos de vida saudável que se refletem no aumento da qualidade de vida (Sørensen et al., 2012).

A literacia em saúde na vida de todas as PI é relevante pois permite que elas participem em medidas preventivas de saúde, na deteção antecipada da doença, no acesso apropriado aos cuidados de saúde e, por último, na maior capacidade de adesão aos tratamentos. Incontestavelmente, as pessoas idosas com mais literacia em saúde são capazes de aceder e participar na sua saúde de uma forma mais abrangente e eficaz, estando mais capacitadas para utilizar e compreender a informação sobre a saúde no geral e, em particular, da sua própria saúde (Sørensen et al., 2012).

Contudo, a PI apresenta ainda níveis de literacia baixos (Manafó & Wong, 2012), condicionando a sua capacidade para obter informações relevantes sobre a sua saúde e até comunicar com os profissionais de saúde de forma adequada. Nesta

perspetiva é fulcral que o enfermeiro promova na PI a possibilidade de aumentar a sua literacia em saúde, e a motive para a procura de informação de forma eficiente e eficaz, influenciando positivamente a sua saúde e bem-estar (Serrão, 2014).

1.3. A adesão ao regime medicamentoso na PI e cuidador e a intervenção de enfermagem

O aumento da adesão ao regime medicamento passa por intervenções a nível da educação, através da prática contínua de identificar e avaliar a causa da não-adesão, bem como, pela envolvimento da PI como parceiro para a tomada de decisão no que concerne à medicação instituída, emergindo o conceito de Equipa de Educação de Medicamentos. A qual é constituída por uma equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, farmacêutico, ...) e no centro a própria pessoa idosa (Clyne et al., 2012). O comportamento de tomar medicamentos é extremamente complexo e individual, exigindo inúmeras estratégias multifatoriais para melhorar a adesão ao regime medicamentoso (Zelko, Klemenc-Ketis, & Tusek-Bunc, 2016).

A adesão ao regime medicamentoso tem sido alvo de diversos estudos, em consonância com a preocupação constante do enfermeiro para suprir as necessidades de apoio tanto à PI, como ao seu cuidador, nomeadamente em intervenções que fomentam a gestão da medicação, de forma a melhorar a qualidade de vida. Esta preocupação não reflete na prática o investimento do mesmo, pois ainda muitas etapas do processo de adesão, e respetivas intervenções inerentes ainda estão fracamente longe do desejável. No entanto, já são evidentes progressos positivos nesta área, com a identificação de intervenções eficazes, muito “embora uma solução de melhoria de adesão a medicamentos em larga escala permaneça ilusória” (Zullig et al., 2018, p.1225).

Sendo profícuo o desempenho do enfermeiro no controlo do regime medicamentoso da PI e do cuidador, pela responsabilidade que assume na mudança de comportamentos para o cumprimento da prescrição terapêutica (Palma, 2012), emerge a necessidade de revelar quais as intervenções favoráveis à adesão a medicação (Godfrey et al., 2013).

Entre as várias intervenções destinadas a melhorar a adesão à pessoa idosa à medicação, ou a promover a capacidade tanto dos profissionais de saúde como da PI para a adesão ao regime medicamentoso, salienta-se as educacionais, tendo como objetivo promover o conhecimento acerca da medicação e/ou doença, e as comportamentais, cujo objetivo consiste na PI incorporar na sua rotina diária

mecanismos de adaptação e de facilitação para o cumprimento dos tratamentos propostos (Bugalho & Carneiro, 2004).

Apesar de não existir uma intervenção específica, que seja reveladora do aumento da adesão à medicação, Dias et al. (2011) concluem que apesar de não existir um “modelo ideal” para ser adaptado universalmente para melhorar a adesão ao regime medicamentoso, existem sim diferentes estratégias que podem ser implementadas consoante as características individuais de cada pessoa, e concomitantemente às características dos profissionais de saúde, situação já contextualizada e corroborada por (Osterberg & Blaschke, 2005) em que descreve a abordagem a ser tomada para cada PI deverá ter em consideração os múltiplos fatores que contribuem para a baixa adesão, sendo por isso necessário uma abordagem multifacetada, acurada e precisa.

É reconhecido que a interiorização e a modificação de comportamentos serão mais eficazes quanto melhor for a relação profissional estabelecida com a PI e seu cuidador, e a envolvimento do próprio na gestão da sua medicação, aumentando consequentemente positivamente os resultados ao nível da adesão (Bugalho & Carneiro, 2004; Doggrell, 2010; Lyons, Strane, & Sherman, 2014).

Em resumo, algumas intervenções são potenciadoras e eficazes na adesão ao regime terapêutico medicamentoso, nalgumas condições podem ser abordadas simultaneamente ou isoladamente. Ressalva-se ainda que, para que a intervenção do enfermeiro seja mais eficiente, eficaz e potenciadora da capacitação da PI e seu cuidador, é crucial que o mesmo seja detentor do conhecimento das características da população idosa. Ao implementar as intervenções adequadamente para a população alvo, o enfermeiro pode melhorar a adesão ao regime medicamentoso (Doggrell, 2010).

1.4. Quadro Conceptual de Enfermagem

Enquanto enfermeira, favorecer o autocuidado da PI é um modo de cuidar. Segundo a teoria do Autocuidado, Orem (2011), o autocuidado define-se como a prática de atividades que uma pessoa inicia e realiza por sua própria vontade para manter a sua vida, saúde e bem-estar. O autocuidado deve ser uma consequência das intervenções para gerir a doença que visam melhorar os problemas de saúde e a condição global dos indivíduos. Nesta perspetiva, o autocuidado representa uma base teórica para as intervenções psico-educacionais, cognitivas e comportamentais dos

enfermeiros que visam aumentar o repertório de conhecimentos e habilidades dos indivíduos perante a necessidade de tomar decisões sobre a sua saúde.

A PI face à sua condição, muitas vezes de fragilidade e de comorbilidade, pode ter comprometida a sua resposta no autocuidado e na gestão da sua condição de saúde. Para a promoção do autocuidado, é necessário envolver o cuidador da PI, quando esta não se encontra apta para ser ela própria a gerir o seu regime medicamentoso. O cuidador primário ou principal, é uma figura central, no processo de cuidados, pois é aquele sobre quem é depositado a responsabilidade pela prestação de cuidados, ou seja, tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente a PI que necessita de cuidados. Este cuidador é quem realiza a maior parte dos cuidados (Sequeira, 2018).

Numa perspetiva de cuidar, é necessário ter presente as necessidades da pessoa. Os cuidados fundamentais, segundo Kitson (2018), consistem numa estrutura teórica que permite o equilíbrio entre o conhecimento científico, a prática no cuidado, a reflexão, orientação e previsão das intervenções de enfermagem com as pessoas idosas, cuidadores e família, enquanto membro do seu cuidado, permitindo-nos um conhecimento e organização conceptual de cuidados que é facilitador para que se dê a promoção da capacitação da PI e do seu cuidador. Assim, os cuidados fundamentais centram-se na prática dos atos de cuidar, ou seja, ajudar a PI a gerir as suas necessidades fundamentais, tal como higiene pessoal, mobilidade, dormir, descansar, segurança, tomar a medicação e poder de escolha para as decisões que lhe são colocadas (Kitson, 2018), enfatizando a importância do relacionamento enfermeiro-PI.

Neste entroncado teórico importa incorporar também o conceito do Cuidado Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2006), que premeia as crenças e valores da PI, valorizando o que a própria considera relativamente à sua saúde e doença, e como as percebe, conduzindo a uma tomada de decisão eficiente. Os enfermeiros ao facilitarem a participação da PI, fornecendo informações e integrando perspetivas recém-formadas às práticas estabelecidas, premeiam uma base legítima na tomada de decisões, cujo sucesso se baseia não só no processo de comunicação como no processo de negociação, atendendo sempre à incorporação dos valores individuais da PI, reforçando desta forma, um dos princípios fundamentais da enfermagem.

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Para que a intervenção do enfermeiro junto da PI seja vantajosa para o aumento da adesão ao regime medicamentoso, é necessário, que o mesmo conheça a realidade da população a quem presta cuidados, de modo a adaptar eficazmente planos de intervenção concertadamente com a PI e seu cuidador. Desta forma a PI entenderá a necessidade de cumprir criteriosamente o tratamento que lhe é sugerido, autonomamente e eficientemente.

O domicílio é o local privilegiado para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes e seus familiares, uma vez que a pessoa está no seu ambiente de vivência habitual e da comunidade em que está inserido. A visita domiciliária é a estratégia de intervenção de enfermagem mais adequada, nesta situação.

O foco de atenção do enfermeiro poderá estar centrado não só nas necessidades da PI, mas também nos fatores familiares, socioculturais, económicos e ambientais, que influenciam tanto o contexto de prestação de cuidados, como a eficácia dos cuidados prestados, sem olvidar a envolvimento da PI para a tomada de decisões sobre seus cuidados de saúde, de forma a ter resultados a longo prazo (Butterworth et al., 2019).

O município de Torres Vedras é o mais extenso município do Distrito de Lisboa, com 407.15 km² de área e 79 465 habitantes⁴ subdividido em 13 freguesias. O município é limitado a norte pelo município da Lourinhã, a nordeste pelo Cadaval, a leste por Alenquer, a sul por Sobral de Monte Agraço e Mafra e a oeste pelo oceano Atlântico. Situando-se a cerca de 41 km a noroeste de Lisboa.

O município de Torres Vedras não é muito divergente da panorâmica nacional, em que 20.9%⁵ da população em 2018 era idosa, e no período homólogo as pessoas idosas representavam 21.7% da população portuguesa. Tendo-se constatado igualmente no Índice de Envelhecimento um aumento exponencial nos últimos anos, passando de 118⁴ em 2010 para 150 em 2018, paralelamente o índice de Dependência do Idoso revela-se elevado, apesar de não ser tão acentuado, passando de 26.3%⁴ em 2001 para 32.1% em 2018.

A população inscrita na Unidade de Saúde Familiar (USF) espelha esta particularidade da demografia populacional, em que dos 16066⁶ que tem acesso aos

⁴ <https://www.ine.pt/xportal/> acedido a 20/02/2020

⁵ <https://www.pordata.pt> acedido a 10/02/2020

⁶ SIARS acedido a 13/02/2020

cuidados de saúde na unidade funcional, destes 3467 são utentes com mais de 65 anos, sendo o género feminino que predomina com 1963 mulheres. Como se pode verificar no seguinte gráfico, em que existe um maior número de população idosa em detrimento da população mais jovem, em que o sexo feminino mais predominante.

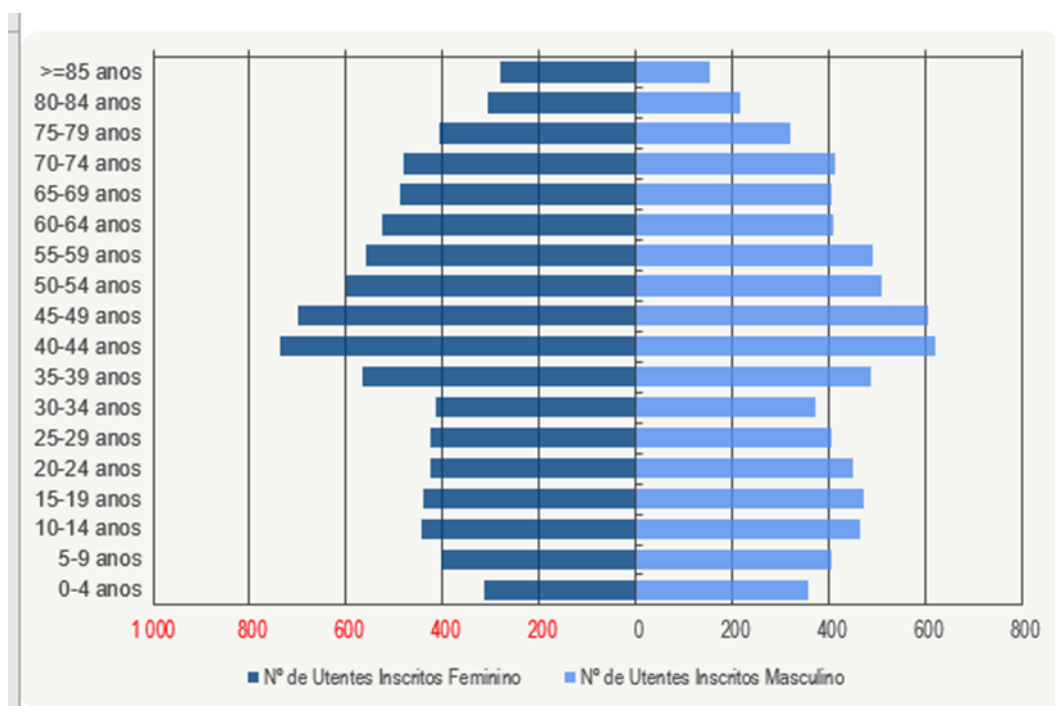


Figura 1. Pirâmide etária da USF

Fonte: SIARS, 13/02/2020

Esta transição demográfica conduziu ao aumento da prevalência das doenças crónicas que exigem tratamentos prolongados de modo a prevenir a incapacidade, a morbilidade e mortalidade precoce (OMS, 2015). Atendendo a este desafio, delineeii como local de intervenção duas Instituições de Saúde deste município Região de Lisboa, uma Unidade Saúde Familiar inserida no Aces Oeste Sul (contexto comunitário) e um Serviço de Medicina Interna (contexto hospitalar).

Esta escolha deveu-se ao pressuposto que é numa abordagem inter-níveis de saúde e com a colaboração da equipa multidisciplinar, que o enfermeiro exerce uma ação importante na otimização da adesão ao regime medicamentoso, na PI, sua família e comunidade, promovendo uma gestão medicamentosa eficaz e robusta.

A USF, na lista de utentes, tem inscritos, em dezembro de 2019 segundo dados do Bicsp⁷, uma prevalência de 19.4% de utentes com Hipertensão Arterial e 7.33% de

⁷ <https://bicsp.min-saude.pt> acedido a 10/02/2020

utentes com Diabetes não-insulino dependentes, em que para período homólogo a nível nacional os valores eram de 21.71%⁵ de HTA e de 8.56%⁵ de DM II.

Fase às diferentes patologias diagnósticas nesta população, houve uma prescrição de 42735 embalagens para a faixa etária dos 65-74 anos, e de 4035 para os utentes com mais de 75 anos em dezembro de 2019.

2.1. Estudo Transversal

No sentido de melhor compreender a população envolvida foi desenvolvido um estudo transversal que permite identificar factores que condicionam a adesão à medicação e melhor adequar as intervenções promotoras de adesão à medicação.

Segundo (Aguiar, 2007), o “estudo epidemiológico” permite contribuir para o aumento da comunicação interdisciplinar e consequentemente o crescimento do conhecimento da área estudada. Ao inferir os resultados encontrados para a prática clínica da população estudada, através da observação e medição dos indivíduos através de instrumentos de registo, como um questionário, efetuar uma análise estatística para descrever, comparar, associar e estabelecer medidas quantificáveis de associações e efeitos, permitirá elevar os cuidados prestados.

2.1.1. Metodologia do Estudo

2.1.1.1. Desenho do estudo, seleção dos participantes, critérios de inclusão e de exclusão

Estudo transversal de uma amostra não probabilística de pessoas idosas inscritas em visita domiciliária. Da população, 116 pessoas com 65 e mais anos e seus cuidadores, seleccionaram-se, no período de 15 de novembro a 19 de dezembro de 2019, um total de 78 participantes.

Na seleção dos utentes realizou-se um primeiro contacto por telefone ou na visita domiciliária programada, com o intuito de programar a aplicação do questionário elaborado a partir das escalas disponíveis em SClinic®, tendo em conta a disponibilidade da PI e seu cuidador, consoante a sua rotina diária. Após ter sido obtido o consentimento informado, livre e esclarecido foi aplicado o questionário, presencialmente em entrevista, no domicílio da PI. De referir que, sempre que não foi possível à PI responder foi pedido ao cuidador que o fizesse e que caracterizasse a PI relativamente à informação inquirida no questionário.

Os critérios para participação no estudo incluíam ter mais de 65 anos, pertencer à USF, com critérios de inclusão de visita domiciliária, estar em casa própria e

residir na área de influência da unidade funcional e com prescrição médica de pelo menos um medicamento. Tendo-se excluído do estudo as pessoas idosas a residir em lares privados ou Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e utentes em cuidados paliativos.

A aplicação do instrumento de recolha de dados (questionário) teve uma duração média de 60 minutos e incluiu a caracterização sociodemográfica; a funcionalidade avaliada através do índice de Barthel; as patologias e a medicação em uso; a adesão terapêutica com a escala de “Medida de adesão aos tratamentos” (MAT) (Anexo 1), desenvolvida e validada para a população portuguesa (Delgado & Lima, 2001); as escalas sobre o conhecimento e a capacidade para gerir os medicamentos (Anexo 2 e 3).

2.1.1.2. Instrumento de recolha de dados

Os dados sociodemográficos incluíram o Sexo, Idade, Escolaridade e Agregado familiar (número e tipo). Quanto ao principal cuidador da PI, este também foi caracterizado quanto ao grau de parentesco, idade e sexo. O estado de saúde foi caracterizado de acordo com as doenças crónicas e índice de Barthel. Esta escala é uma das medidas standardizadas recomendadas pela DGS na avaliação do estado funcional (Norma nº 054/2011 de 27/12/2011), classificando o indivíduo em três grandes grupos quanto à capacidade de realizar 10 atividades da vida diária: grau de dependência grave, moderado ou ligeiro. Quanto ao regime medicamentoso, caracterizou-se os participantes relativamente ao número de medicamentos diários.

A adesão à medicação foi avaliada através duma versão adaptada da “Medida de adesão aos tratamentos” (MAT), instrumento originalmente de quatro itens para avaliar a adesão aos medicamentos, que foi posteriormente adaptado para uma escala de seis itens (Delgado & Lima, 2001). A escala é apresentada em formato de seis pontos do tipo Likert: nunca (6), raramente (5), por vezes (4), com frequência (3), quase sempre (2) e sempre (1). Não tendo um valor de corte a partir do qual se possa referir a adesão ou a não adesão, usualmente quanto maior o valor, maior é a percepção na adesão terapêutica (Delgado & Lima, 2001).

Foi utilizada a mediana para classificar os indivíduos não aderentes (abaixo da mediana) e aderentes (acima da mediana) (Delgado & Lima, 2001). A escala pode variar entre 1 e 36, tendo-se obtido no presente estudo uma média elevada ($\bar{x}=32$, $Dp=4,3$) e uma consistência interna (Alpha de Cronbach de 0,84) acima da encontrada na sua versão original (Delgado & Lima, 2001).

O conhecimento dos medicamentos foi avaliado através de quatro questões em formato dicotômico (sim e não), tendo sido pedido a cada PI ou cuidador que descrevesse: 1) via de administração; 2) efeito pretendido; 3) efeitos secundários/ interação do medicamento e 4) armazenamento do medicamento.

A capacidade de gerir a medicação foi avaliada através de três questões em formato dicotômico (sim e não), tendo sido pedido a cada PI ou cuidador que indicasse se tem ou não capacidade para: 1) providenciar/adquirir o medicamento; 2) ajustar o horário e dose do medicamento; 3) preparar o medicamento.

2.1.1.3. Análise de dados

Realizou-se uma análise univariada descritiva. Todas as variáveis nominais e categóricas foram descritas utilizando a frequência e a percentagem, enquanto que as variáveis contínuas foram descritas utilizando medidas de dispersão e de tendência central (Média e Desvio Padrão).

Variáveis:

- Sexo (variável nominal com duas categorias: Feminino e Masculino);
- Idade (variável contínua e variável nominal com três categorias: 65 aos 74 anos; 75 aos 84 anos e 85 e mais anos);
- Escolaridade (variável nominal com três categorias: até 1ª ciclo; 2º e 3º ciclo e secundário e superior);
- Agregado (variável nominal com cinco categorias: Cônjuge; Cônjuge e descendentes; Descendentes; Filhos casados (nora/genro) com e sem filhos e sozinha/o);
- Tipo de cuidador (variável nominal com três categorias: cônjuge; descendente; outro);
- Sexo do cuidador (variável nominal com duas categorias: Feminino e Masculino);
- Idade do cuidador (variável contínua);
- Barthel (variável nominal com três categorias: grau de dependência grave, moderado ou ligeiro);
- Doença crónica (variável nominal para cada doença com duas categorias: sim e não);
- Número de doenças crónicas (variável contínua e variável nominal com três categorias: até três e quatro ou mais doenças);

- Isenção na compra de medicação (variável nominal com duas categorias: sim e não);
- Número medicamentos (variável contínua e variável nominal com três categorias: até três e quatro ou mais medicamentos diários);
- Conhecimento (cada um dos quatro itens foi avaliado enquanto variável nominal com duas categorias: sim e não);
- Capacidade (cada um dos três itens foi avaliado enquanto variável nominal com duas categorias: sim e não).

A escala de adesão terapêutica foi analisada item a item (apresentando-se a distribuição de respostas por cada uma das seis categorias de resposta (nunca, raramente, por vezes, com frequência, quase sempre e sempre) em cada um dos itens. Foi também analisada como variável contínua, tendo-se analisado a Média e Desvio Padrão, quer do total da escala e de cada um dos seus itens.

Calculou-se ainda os indivíduos com alta e baixa adesão de acordo com a mediana. Ou seja, os indivíduos cujas respostas se situavam abaixo da mediana para o total da escala foram classificados como tendo baixa adesão e os indivíduos com valores acima da mediana foram classificados como tendo uma adesão elevada.

A análise bivariada utilizou o teste de qui-quadrado ou teste exato de Fischer para as variáveis nominais e o teste t-Student para avaliar diferenças na adesão entre dois grupos de indivíduos, bem como os fatores potencialmente associados à adesão mais elevada. Os dados foram analisados em *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24.

2.1.1.4. Aspectos Éticos

Todos os procedimentos foram realizados segundo uma rigorosa conduta ética, respeitando os princípios da beneficência, da justiça e um respeito integral pela dignidade humana. Previamente à aplicação do estudo, o mesmo foi submetido ao parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT) (Apêndice 1). No decorrer do estudo foi obtido o devido consentimento informado, pelos diferentes participantes (Apêndice 2).

2.1.2. Resultados

2.1.2.1. Taxa de participação

Do total das pessoas idosas em visita domiciliária (N=116), foi possível contactar e ter resposta para 67% das pessoas idosas. Das restantes, 7 eram pessoas

idosas não elegíveis e não foi possível entrar em contacto com 31 idosos, o que equivaleu a uma taxa de participação de 72% (Tabela 1).

Sempre que a PI não tinha condições cognitivas de responder ao questionário foi o cuidador que se assumiu como responsável pela gestão da medicação. Responderam ao questionário 66.7% (n=52) idosos e 33.3% (n=26) cuidadores.

Tabela 1. Distribuição da população e amostra que participou no estudo

	n	%
Participante	78	67.2
Resposta Pessoa Idosa	52 (66.7%)	
Resposta Cuidador	26 (33.3%)	
Total	78 (100%)	
Não Participante	31	26.7
Não Elegível	7	6
Total	116	100

2.1.2.2. Caracterização sociodemográfica

Na tabela 2 apresenta-se a distribuição de participantes, pelas variáveis de caracterização sociodemográfica.

A idade dos participantes variou entre 66 e 100 anos, com uma média de idades de 84 anos. Mais de metade da amostra eram mulheres (65%, n=51) e indivíduos com nível de literacia até ao 3º ciclo de escolaridade (93%, n=73). Na amostra estudada, verifica-se ainda analfabetismo 14.1% (n=11) e somente 6.4% (n=5) possui habilitações literárias com ensino secundário e superior.

Em relação ao agregado familiar, 51.4% (n=38) vive com o cônjuge, enquanto 14.9% (n=11) vive sózinho e 33.8% (n=25) das pessoas idosas vivem em família alargada. Nesta amostra, a maioria das pessoas idosas, vivem num agregado familiar com 2 elementos (60%).

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Variáveis	Participantes (N=78)	
<i>Idade (n=78)</i>	n	%
	Média, dp	84 (6.7)
	Amplitude	66 a 100
<i>Sexo (n=78)</i>		
	Mulheres	51 65.4

Homens	27	34.6
<i>Escolaridade (n=78)</i>		
Sem escolaridade	11	14.1
1º a 3º Ciclo	62	79.5
Secundário e Superior	5	6.4
<i>Agregado Familiar (n=78)</i>		
Cônjuge	38	51.4
Cônjuge e descendentes (filhos e netos)	6	8.1
Descendentes (filhos e/ou netos) casados (nora/genro) com ou sem filhos	19	25.7
Sózinho/a	11	14.9
<i>Nº Elementos Agregado Familiar (n=74)</i>		
Um elemento	11	14.9
Dois elementos	45	60.8
Três ou mais elementos	18	24.3

Na tabela 3 apresentam-se as características dos cuidadores das pessoas idosas. Para o total de participantes (n=78), a informação sobre os cuidadores está disponível para 72 indivíduos, uma vez que os restantes não indicaram ter/necessitar de um cuidador. A maioria dos cuidadores são mulheres (67%, n=48) e cerca de metade são descendentes (filhos/as e netos/as) (54%, n=40). A média de idades situa-se nos 61 anos, amplitude elevada (entre os 20 e os 89 anos), sendo a moda de 65 anos.

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores das pessoas idosas

Variáveis	Cuidadores (N=72)	
	n	%
<i>Idade do cuidador (a) (n=72)</i>		
Média, dp	61 (14.4)	
Amplitude	20 a 89	-
Moda	65	-
<i>Sexo do cuidador (a) (n=72)</i>		
Mulheres	48	66.7
Homens	24	33.3
<i>Relação de Parentesco (n=72)</i>		
Cônjuge	21	28.4
Descendente	40	54.1

Outro	11	17.5
-------	----	------

2.1.2.3. Estado de Saúde

Apresentam-se de seguida os resultados de caracterização do estado de saúde dos participantes, desagregada por dois grupos, consoante o questionário tenha sido respondido pela PI, quer tenha sido respondido pelo cuidador, relativamente à PI.

A doença mais comum nos dois grupos é a HTA (76.9% e 57.7%). No caso dos participantes que responderam ao questionário seguem-se a Diabetes Tipo II (34.6%) e a fibrilhação auricular (30.8%). No caso dos participantes cuja resposta foi dada pelo cuidador a segunda doença mais frequente foi o AVC e sequelas (38.5%). De facto, é também este grupo que apresenta uma proporção mais elevada de PI com grau de dependência grave (76.9%), o que é indicativo da necessidade da resposta ter sido fornecida pelo cuidador e não pela própria PI.

Tabela 4. Caracterização das principais doenças crónicas e grau de dependência dos participantes por dois grupos

		Pessoa Idosa (N=52)		Cuidador (N=26)	
		n	%	n	%
<i>Doenças Crónicas</i>					
	Hipertensão Arterial	40	76.9	15	57.7
	Diabetes Tipo II	18	34.6	5	19.2
	Fibrilhação Auricular	16	30.8	3	11.5
	AVC	11	21.2	10	38.5
	Anemia	8	15.4	6	23.1
	Bronquite Crónica	6	11.5	5	19.2
<i>Nº Doenças Crónicas</i>					
	Média	3.87	-	3.42	-
	Amplitude	1 a 6	-	1 a 6	-
<i>Funcionalidade (Barthel)</i>					
	Grave < 55	3	5.9	20	76.9
	Moderado >55 90<	7	13.7	-	-
	Ligeiro > 90	41	80.4	6	23.1

2.1.2.4 Perfil medicamentoso

Os resultados indicam uma média elevada de toma de medicamentos diários pelas pessoas idosas. Contudo, as pessoas idosas do grupo de autorresposta tomam em média 7.5 medicamentos por dia, enquanto que as pessoas idosas no grupo cuja

resposta foi fornecida pelos cuidadores tomam em média 6.4 medicamentos. Em ambos os grupos a maioria das pessoas idosas possui isenção no regime especial na comparticipação do medicamento.

Tabela 5. Caracterização do número de medicamentos diários e da isenção de medicação dos participantes estratificada pelos dois grupos

Pessoa Idosa (N= 52)			Cuidador (N= 26)	
	n	%	N	%
Nº Medicamentos				
Média (dp)	7.5 (3.1)	-	6.4 (3.3)	-
Amplitude	1 a 19	-	1 a 13	-
Isenção Medicação				
Sim	40	76.9	17	65.4
Não	12	23.1	9	34.6

2.1.2.5. Adesão ao Regime Medicamentoso

A resposta das pessoas idosas apresentam uma distribuição pelas categorias de resposta “com frequência”, “por vezes”, “raramente” e “nunca”, com apenas uma resposta a assinalar “sempre” – o item “Alguma vez tomou mais comprimidos por sua iniciativa” foi o único que teve respostas “sempre” (1.9%) e nenhuma resposta no “nunca”, indicando que (com mais ou menos frequência) neste grupo de pessoas idosas todos os indivíduos já aumentaram a medicação por sua iniciativa. Neste grupo dois itens parecem revelar menor adesão: o descuido e o esquecimento na toma de medicação.

As respostas dos cuidadores indicam que estes apresentam uma boa adesão, sendo que, independentemente dos itens, as suas respostas se situam maioritariamente no “por vezes”, “raramente” e “nunca” – este último com proporções elevadas de resposta (Tabela 6). A média é bastante elevada para todos os itens no grupo dos cuidadores.

Tabela 6. Distribuição da resposta (percentagem) das pessoas idosas pelos itens da escala MAT

	Média (dp)	Sempre %	Quase Sempre %	Com Frequência %	Por Vezez %	Raramente %	Nunca %
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos prescritos?	4.94 (1.274)	0	5.8	11.5	13.5	21.2	48.1
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos prescritos?	4.79 (1,177)	0	3.8	11.5	23.1	25	36.5
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por sua iniciativa após se ter sentido melhor?	5.29 (1.016)	0	3.8	1.9	11.5	26.9	55.8
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos por iniciativa, após se ter sentido pior?	5.48 (0.980)	1.9	0	15.4	11.5	71.2	0
Alguma vez interrompeu a terapêutica por ter deixado acabar os medicamentos?	5.50 (0.897)	0	1.9	1.9	9.6	17.3	69.2
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por alguma razão que não seja a indicação do médico?	5.52 (0.918)	0	3.8	1.9	0	26.9	67.3

Tabela 7. Distribuição da resposta (percentagem) dos cuidadores pelos itens da escala MAT

	Média (dp)	Sempre %	Quase Sempre %	Com Frequência %	Por Vezez %	Raramente %	Nunca %
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos prescritos?	6.0 (0.689)	0	0	0	11.5	11.5	76.9
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos prescritos?	6.0 (0.533)	0	0	0	3.8	19.2	76.9
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por sua iniciativa após se ter sentido melhor?	6.0 (0.945)	0	0	3.8	19.2	7.7	69.2
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos por iniciativa, após se ter sentido pior?	6.0 (0.643)	0	0	0	7.7	26.9	65.4
Alguma vez interrompeu a terapêutica por ter deixado acabar os medicamentos?	6.0 (0.431)	0	0	0	3.8	3.8	92.3

Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por alguma razão que não seja a indicação do médico?	6.0 (0.697)	0	0	0	11.5	15.4	73.1
---	----------------	---	---	---	------	------	------

Considerando como ponto de corte a mediana 5.67 (para as pessoas idosas) e 5.87 (para os cuidadores) a percentagem de pessoas idosas com adesão mais elevada será de 29% e de 54% no grupo dos cuidadores (Tabela 8).

Utilizou-se o Qui-quadrado para avaliar se a proporção de pessoas com alta/baixa adesão é diferente no grupo das pessoas idosas e no grupo dos cuidadores. Os resultados relativamente aos dois grupos mostram que a proporção de PI classificadas como tendo alta adesão (29%) é significativamente diferente da proporção de cuidadores (54%) assim classificadas ($\chi^2(1, N=78)=4.63, p>0.05$).

Utilizou-se o teste T para amostras independentes para avaliar se há diferenças de médias entre os dois grupos, observando-se ainda que a média da adesão é mais elevada no grupo dos cuidadores ($M=5.83, Dp=0.44, t(76)=2.34, p<0.05$) do que o nível de adesão das pessoas idosas ($X=5.25, 0.80, p<0.05$).

Tabela 8. Adesão aos tratamentos (MAT), média e nível de adesão das pessoas idosas e cuidadores

		Pessoa Idosa (N=52)		Cuidador (N=26)		p
Adesão aos Tratamentos- MAT		n	%	n	%	
Média (dp)		5.25		5.83		0.022 ^a
		(0.801)		(0.44)		
	Amplitude	2 a 6		4 a 6		
Baixa Adesão		37	71.2	12	46.2	0.031 ^b
Alta Adesão		15	28.8	14	53.8	

Nota: ^a Test T para a diferença de médias; ^b Person Chi-Square

2.1.2.6. Conhecimento e capacidade para gerir o regime medicamentoso

Quanto ao conhecimento e capacidade de gerir o regime medicamentoso, nos dois grupos a grande maioria apresenta bom conhecimento quanto à via de administração e armazenamento da medicação (Tabela 9). Maior dificuldade parece existir na descrição de efeitos secundários e efeito pretendido. Já no caso da capacidade, enquanto que no grupo dos cuidadores esta parece ser sempre elevada quanto à gestão da medicação, o grupo das PI manifesta menor capacidade da aquisição do medicamento, seguido do armazenamento e ajustamento do horário e da dose do medicamento.

Tabela 9. Conhecimento e capacidade de gestão do regime medicamentoso pelas pessoas idosas e pelos cuidadores

	Pessoa Idosa (N=52)		Cuidador (N= 26)	
	SIM		SIM	
	n	%	n	%
Conhecimento sobre regime medicamentoso- Descreve a via de administração	48	92.3	26	100
Conhecimento sobre regime medicamentoso- Descreve o efeito pretendido	19	36.5	11	42
Conhecimento sobre regime medicamentoso- Descreve efeitos secundários/ interação do medicamento	2	3.8	3	11.5
Conhecimento sobre regime medicamentoso- Descreve o armazenamento do medicamento	28	53.8	22	84.6
Capacidade para gerir regime medicamentoso – Providencia/adquire o medicamento	8	15.4	24	92.3
Capacidade para gerir regime medicamentoso – Ajusta o horário e dose do medicamento	28	53.8	25	96.2
Capacidade para gerir regime medicamentoso – Prepara o medicamento	29	55.8	26	100

2.1.2.7. Fatores associados à adesão

Dos vários fatores avaliados, através do Qui-quadrado ou o teste exato de Fischer, como podendo estar associados a níveis mais elevados ou mais baixos de adesão (Tabela 10) apenas se observou diferenças estatisticamente significativas no sexo, na isenção na medicação especial e no número de doenças crónicas (todas as restantes variáveis aparentam um p-value superior a 0.05). O que se verifica é que há mais homens no grupo classificado com alta adesão, do que mulheres (51.9% vs. 29.4%, $X^2(1, N = 78) = 3.81$, $p < 0,05$), pessoas idosas sem isenção na medicação (57.1% vs. 29.8%, $X^2(1, N = 78) = 4,9$, $p < 0,05$) e pessoas com até 3 doenças, do que pessoas com 4 ou mais doenças (53.1% vs. 26.1%, $X^2(1, N = 78) = 5.91$, $p < 0.05$).

Tabela 10. Distribuição de vários fatores sociodemográficos, de saúde e de regime medicamentoso entre pessoas com baixa e alta adesão

		Baixa Adesão	Alta Adesão	p
Sexo	Feminino	70.6	29.4	0.041 ^a
	Masculino	48.1	51.9	
	65 aos 74 anos	42.9	57.1	

<i>Grupo etário</i>	75 aos 84 anos	67.9	32.1	0.473 ^b
	84 anos ou mais	62.8	37.2	
<i>Escolaridade</i>	Sem escolaridade	63.6	36.4	0.550 ^a
	1º a 3º ciclo	64.5	35.5	
	Secundário e Ensino superior	40.0	60.0	
<i>Agregado familiar</i>	Cônjuge	71.1	28.9	0.275 ^a
	Cônjuge e descendentes (filhos e netos)	66.7	33.3	
	Descendentes (filhos e/ou netos)	44.4	55.6	
	Sozinho/a	45.5	54.5	
<i>Isenção na medicação especial</i>	Sim	70.2	29.8	0.027 ^a
	Não	42.9	57.1	
<i>Número de medicamentos</i>	Até 3 medicamentos	37.5	62.5	0.131 ^b
	4 ou mais medicamentos	66.7	33.3	
	Grave <55	50.0	50.0	
<i>Barthel (grau de dependência)</i>	Moderado >55-90<	71.4	28.6	0.718 ^a
	Ligeiro >90	63.8	36.2	
	Hipertensão Arterial	74.5	5.5	
<i>Tipo de patologia</i>	Diabetes Mellitus tipo I	69.6	30.4	1.000 ^b
	Fibrilação Auricular	73.7	26.3	0.500 ^b
	AVC	57.1	42.9	1.000 ^b
	Descreve a via de administração	62.2	37.8	1.000 ^b
<i>Conhecimento sobre regime medicamentoso</i>	Descreve o efeito pretendido	63.3	36.7	0.941 ^a
	Descreve efeitos/interação do medicamento	40.0	60.0	0.355 ^b
	Descreve o armazenamento do medicamento	60.0	40.0	0.491 ^a
<i>Capacidade para gerir regime medicamentoso</i>	Providencia/adquire o medicamento	59.4	40.6	0.599 ^a
	Ajusta o horário e dose do medicamento	66.0	34.0	0.392 ^a
	Prepara o medicamento	65.5	34.5	0.457 ^a

Nota: ^aPearson Chi-Square; ^bFisher's Exact Test

Na tabela que se segue (Tabela 11) apresenta-se a distribuição das doenças crónicas e toma de medicamentos relativamente ao sexo. Utilizando-se o qui-quadrado ou o teste exato de Fisher (consoante a variância seja igual ou não) observou-se que não existem diferenças significativas na proporção de mulheres ou homens de acordo com o número de doenças crónicas, tipo de doenças crónicas ou número de medicamentos.

Tabela 11. Distribuição do número e tipo de doenças crónicas, e do número de medicamentos por género dos participantes

	Feminino		Masculino		p
	n	%	n	%	
Até 3 doenças	18	56.3%	14	43.8%	0.157 ^a
Mais de 3 doenças crónicas	33	71.7%	13	28.3%	
Hipertensão Arterial	40	72.7%	15	27.3%	0.286 ^b
Diabetes Tipo II	11	47.8%	12	52.2%	1.000 ^b
Fibrilhação Auricular	12	63.2%	7	36.8%	0.533 ^b
AVC	11	52.4%	10	47.6%	0.486 ^b
Até 3 medicamentos	35	50%	35	50%	0.350 ^a
4 ou mais medicamentos	47	67%	23	33.3%	
Média (Dp)		7.41 (3.33)		6.82 (2.97)	0.357 ^c

Nota: ^a Person Chi-Square; ^b Fisher Exact Test; ^c Test t para a diferença de médias

2.1.3. Discussão

A amostra foi constituída maioritariamente por mulheres, correspondendo a 65% (o que pode dever-se à maior esperança média de vida das mulheres em comparação com os homens) e com escolaridade baixa. Estes dados estão em linha com os resultados encontrados noutros estudos (Cavalari et al, 2016; Delgado & Lima, 2001; Henriques, 2011; Monterroso, Sá, & Joaquim, 2017), em que as amostras também foram maioritariamente do sexo feminino e predominantemente compostas por participantes com o primeiro ciclo de estudos.

Constatou-se que a patologia mais frequente foi a HTA em ambos os grupos de participantes 76.9% (PI) e 57.5% (resposta do cuidador), seguida da diabetes (34.6% e 19.2%), em que os resultados obtidos não vão ao encontro dos obtidos pelo estudo efetuado por Henriques (2011) em contexto domiciliário num Centro de Saúde de Lisboa, em que foi a diabetes (71.7%) que apresentou maior incidência, seguindo-se da hipertensão (61.5%). No entanto, ressalva-se que este perfil de patologias na pessoa idosa, vai de encontro a diversos estudos, em que a HTA foi a patologia mais prevalente com 67.35% (Cavalari et al., 2016) e 79,4% (Gautério-Abreu et al., 2016).

Efetivamente a hipertensão arterial continua a ser a patologia que mais afeta a população portuguesa, em particular na faixa etária dos 65-74 anos com 71% (Ministério da Saúde, 2018).

O cuidador é maioritariamente do sexo feminino 66.7%, sendo os descendentes quem assume este papel (54.1%), seguido do cônjuge com 28.4%. Esta constatação vai ao encontro ao descrito por diversos estudos, mesmo nos mais recentes, como no

estudo realizado por (Roter et al., 2018), no qual são as mulheres (68%), membros da família (94%) que prestam assistência a utentes com multimorbilidade (média de 2.9 patologias) e polimedicados (média de 3.2 prescrições).

O número médio de medicamentos consumidos diariamente pela PI foi de 7.5 quando esta é autónoma e de 6.4 medicamentos por dia, quando a PI necessita de ajuda. A média de consumo diário de medicamentos para esta população foi acima do esperado, tanto no estudo de Henriques (2011), em que os indivíduos inquiridos tomavam uma média de 5.61 medicamentos. Assim, como no estudo efetuado no Brasil, também em contexto domiciliar, os inquiridos tomavam em média 2.9 medicamentos diários (Marin et al., 2008). Apesar deste resultado a maioria dos estudos revela que a maioria dos idosos tomam mais de três medicamentos diariamente, como é caso do estudo de Monterroso et al. (2017), realizado em contexto de cuidados domiciliários, que enuncia que 61.6% dos idosos tomavam três a cinco medicamentos diariamente.

Pelo que se sugeriu avaliar a relação entre algumas variáveis desta população relacionando o elevado número de medicamentos consumidos por parte da PI com a gestão da medicação; e o menor número de medicamentos consumidos geridos pelo cuidador a PI tem menos medicamentos quando a mesma é gerida pelo cuidador, com os seus conhecimentos e capacidades acrescida para gerir a medicação.

Relativamente à escala MAT, verificou-se algumas diferenças nos dois grupos, pois ao analisar item a item, os cuidadores têm pouca variabilidade nas respostas consoante os diferentes itens da escala. Já as pessoas idosas têm muita variabilidade nas respostas, existindo itens com claramente menos adesão aos tratamentos. Para o grupo da PI 5.8% dos participantes disseram esquecerem-se de tomar os medicamentos quase sempre, situação que não é observada quando o cuidador é o responsável pela gestão da medicação.

Salienta-se, no entanto, que os valores observados são muito inferiores ao do estudo realizado por Henriques (2011), em que 60.5% dos inquiridos referem “esquecerem de tomar os medicamentos”. Não deixa de ser preocupante, e é um motivo para que o enfermeiro possa cooperar na resolução deste fator identificado, por ser uma das razões da não-adesão ao regime medicamentoso.

A maioria das pesquisas sobre adesão a medicamentos tem sido sobre a não adesão não intencional, e evidenciam o fato dos pacientes esquecerem de tomar seus medicamentos (Barrueta, Verdugo, Sola, Cerdá, & Aznárez, 2015; Chambers, Carrol, Dennis, & Sudlow, 2015; Liu & Varshney, 2020; Sousa et al., 2011).

O fator esquecimento pode efetivamente ser facilmente ultrapassado, principalmente se considerar que apenas 20% das PI deste estudo vivem sozinhas, podendo socorrer-se do apoio de terceiros para a auxiliar na toma dos medicamentos na hora prescrita, ou de auxiliares de memória amplamente disponíveis (pill box, aplicações no telemóvel, entre outros), para lembrar a hora da toma.

No estudo, 1.9% dos participantes para o grupo da PI referem tomar mais medicamentos para além dos prescritos “sempre”, situação também já evidenciada no estudo de Marin (2008), no qual 36.9% dos participantes referem utilizar medicamentos por iniciativa própria. Este resultado poderá indiciar a automedicação por parte da pessoa idosa, por diversas causas: o desconhecimento das potenciais reações adversas; os riscos de iatrogenia ou por não valorizar o medicamento, como algo não inócuo. Esta decisão de tomar mais comprimidos por iniciativa própria, é descrito apenas por 7.7% dos cuidadores inquiridos, mas referindo o fazerem somente por vezes.

Esta constatação nesta população, vem reforçar a intervenção do enfermeiro, como agente na mudança de comportamentos inadequados, esclarecendo-a e informando-a dos riscos associados à autogestão da medicação, nomeadamente ao risco de internamento e de efeitos secundários graves, visando o aumento da sua capacitação e literacia em saúde.

No estudo constatou-se que quando a gestão da medicação é efetuada pelo cuidador verifica-se uma maior adesão, 53.8% para o cuidador e apenas 28.8% para a PI, verifica-se assim que existe relação entre a adesão à terapêutica e quem gere a medicação, sendo evidente esta relação positiva. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0.05$). Não se tendo encontrado nenhum estudo para corroborar este resultado.

O nível de adesão revelada neste estudo foi ligeiramente abaixo do esperado comparativamente com o estudo realizado por (Barrueta et al., 2015) em que pretendeu avaliar o nível de adesão em doentes com doença crónica durante o Dia da Adesão em Espanha, em contexto hospitalar, que foi de 56%. A causa desta diferença poderá ser devido ao perfil etário do estudo, pois a média de idade dos participantes era de 51 anos, pelo que podemos influir que a idade poderá ser uma das causas para uma menor adesão à medicação, quando estamos perante uma população mais envelhecida, embora não seja possível afirmá-lo com certeza. O estudo demonstrou uma taxa de adesão discretamente superior à estipulada pela

OMS (2003) e pelo estudo SYMPATHY (2017), em que o último sugere que entre 50% e 80% dos doentes com doença crónica são utentes não aderentes.

Resumidamente, podemos evidenciar que para esta população, a adesão medicamentosa foi elevada (5.25 para a PI e 5.83 para o cuidador), o que corrobora o estudo de Pinto e José (2012). De facto, a adoção da terapêutica instituída parece ser eficaz nesta população. Podemos explicar esta elevada adesão com o facto de o número de famílias unipessoais ser muito baixo nesta população, existindo, portanto, uma rede de apoio à pessoa idosa em visita domiciliária. No entanto, este método de avaliação cinge-se apenas às respostas dos inquiridos e não podemos confirmar através de métodos diretos a toma efetiva da medicação.

Ao contrário do que se verificou noutros estudos, não se observou uma relação entre o número de medicamentos prescritos e o nível de adesão à medicação, como foi descrito por (Zelko et al,2016), em que revela que a prevalência de não adesão em idosos polimedicados varia entre 6 a 55%. Por outro lado, o conhecimento sobre o regime medicamentoso é bastante elevado para os dois grupos desta população, o que poderá potenciar a adesão à medicação, sendo mais notória no cuidador. Este grupo apresenta 42.3% dos inquiridos com conhecimento do efeito pretendido do medicamento e com 11.5% dos inquiridos com conhecimento dos efeitos secundários da medicação. Estes últimos dados são aproximados do estudo realizado por Marin et al.(2008), em que ressalva que para 27.2% dos inquiridos da sua amostra, dizem estar informados sobre os efeitos adversos dos medicamentos.

No entanto, em relação à capacidade denota-se algumas diferenças para os dois grupos, sendo evidente que o cuidador está mais habilitado para o processo de gestão da medicação, indo de encontro aos resultados mais elevados na adesão à medicação. Estes resultados são importantes para identificar preditores potenciais de alta adesão, para esta população.

Dos vários factores analisados, apenas se observou diferenças estatisticamente significativas nas variáveis: sexo, isenção na medicação especial e número de doenças crónicas. Podendo inferir que existe uma menor adesão por parte das mulheres, das pessoas idosas com isenção e com um número mais elevado de doenças crónicas.

Podemos dizer que de acordo com os resultados obtidos poder-se-á evidenciar que a adesão ao regime medicamentoso para as pessoas idosas e seus cuidadores em visita domiciliar na USF, foi superior quando a gestão medicamentosa é realizada pelos cuidadores, do que pelos próprios idosos. No entanto é importante

ressalvar que estes dados poderão estar relacionados com a desejabilidade social, “*que consiste num dos tipos de enviesamento de respostas, pode ser classicamente definida como uma tendência presente nos sujeitos para atribuírem a si próprias atitudes ou comportamentos com valores socialmente desejáveis e para rejeitarem em si mesmos a presença de atitudes ou comportamentos com valores socialmente indesejáveis, quando respondem aos questionários de personalidade e às escalas de atitudes*” (Almiro, 2017, p.1).

Perante esta descrição a possibilidade de os participantes deste estudo responderem aos itens da escala MAT de acordo com o que consideraram ser o mais correto, aceitável ou desejável, de modo a satisfazerem a sua necessidade de aprovação social e a manifestarem comportamentos condizentes com as normas e os valores preconizados, e pelo fato da investigadora, ser uma das enfermeiras da equipa da visita domiciliária da USF, de quem eles referem verbalmente uma grande empatia e reconhecimento profissional.

2.1.4.Limitações do Estudo

Como limitações do estudo menciona-se que apesar da taxa de participação ser elevada, não foi possível incluir toda a população em visita domiciliária na USF, devido ao período de tempo para aplicar os questionários presencialmente, tendo em conta a época do ano (Inverno).

A amostra não aleatória limita a análise estatística e inferências generalizáveis, mas que podem, no entanto, constituir uma fonte importante para caracterizar a população a quem a USF presta cuidados de saúde e ajudar a direcionar as intervenções dos diferentes profissionais de saúde.

Este estudo permitiu fazer o diagnóstico de situação desta população de modo a adequar as intervenções que se constituíram como atividades de estágio dirigidas a esta população.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO CLÍNICO

Neste capítulo procederei à análise descritiva e reflexiva das atividades implementadas nos dois contextos de estágio, identificando as estratégias adotadas para concretizar os objetivos delineados, refletindo os seus resultados e em que medida foram denunciadores das competências esperadas no enfermeiro mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de intervenção à pessoa idosa.

Grande parte das atividades são intervenções de enfermagem dirigidas à PI e seu cuidador, que possam contribuir para melhorar a adesão ao regime medicamentoso, e gerir melhor as situações de doença crónica e regime medicamentoso prescrito à PI, bem como melhorar a integração e a continuidade de cuidados.

3.1. Estágio em Contexto Hospitalar

Neste subcapítulo descreve-se e reflete-se sobre as atividades desenvolvidas e que dão resposta aos objetivos definidos para o estágio contexto hospitalar que decorreu no período de 1 de Outubro a 8 de Novembro de 2019.

Foram delineados os seguintes objetivos para contribuir para o aumento da adesão ao regime medicamento: perceber a dinâmica organizacional do serviço; facilitar a capacitação da pessoa idosa e seu cuidador na adesão ao regime medicamentoso e contribuir para a formação contínua dos enfermeiros sobre a adesão ao regime medicamentoso.

O serviço possui protocolos e, da sua leitura, constatou-se que relativamente à comunicação entre pares o protocolo estava desatualizado e necessita de impulso para a implementação dos elos de referência, entre a Instituição Hospitalar e o Aceso Oeste Sul. Desta forma, promove-se o aumento da cultura de segurança no utente, tendo como referência a norma da DGS Nº 001/2017 de 08/02/2011 – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”.

A comunicação evidencia-se como um dos pontos frágeis na transição assistencial dos doentes, como é o caso do internamento ou alta de uma unidade hospitalar, revelando-se especialmente críticos, para os idosos. Situação já descrita por (Lopes et al., 2014), em que menciona que as transições de cuidados são particularmente suscetíveis de causar grande impacto no doente e família, quando não existe um continuum de cuidados.

Pelo que, aumentar o conhecimento sobre a transferência de informação pode ser útil nas pessoas idosas, no sentido de controlar e intervir em erros terapêuticos e reações adversas a medicamentos (Caleres, Bondesson, Midlov, & Modig, 2018).

É fundamental fomentar e revitalizar os fluxos de informação clínica de forma mais sistemática e potenciadora da continuidade de cuidados, entre os diferentes enfermeiros responsáveis dos diferentes contextos de cuidados, por forma a garantir cuidados de qualidade e seguros, tendo sempre como a grande finalidade a capacitação do idoso e seus cuidadores para a gestão da sua própria saúde e bem-estar.

Salienta-se a importância do enfermeiro de referência entre os diferentes níveis, como elemento fundamental para a favorecimento de cuidados de saúde seguros. Ele é o elemento que assegura a continuidade da qualidade dos cuidados prestados, de forma segura e eficaz. É perante estas constatações que se evidenciou a necessidade de atualizar e dinamizar os elementos de referência nos diferentes níveis de cuidados.

De acordo como protocolo existente, foram contactados pessoalmente, ou por telefone, todos os enfermeiros envolvidos para confirmar ou alterar o elemento de referência para cada serviço ou unidade funcional e, posteriormente, elaborado uma lista atualizada, a qual foi divulgada por mail institucional. Havendo a possibilidade de ser mencionado o enfermeiro de referência no SClinic®, foi enviado por e-mail um “report” para o gabinete informático da instituição hospitalar, com a indicação da lacuna para posteriormente ser remetido para a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e ter a resolução necessária (Apêndice 3). Espera-se que em breve, este protocolo passe a ser um instrumento da comunicação entre os dois níveis de cuidados, por forma a garantir a comunicação eficaz na transição de cuidados, em particular na gestão medicamentosa.

Estando descrito que o envelhecimento populacional está associado a um perfil de pessoas idosas com características de múltiplas comorbilidades, polimedicados e mais vulneráveis quanto à segurança medicamentosa, surge a necessidade de um guia terapêutico, como um dos elementos promotores para evitar, ou diminuir, as discrepâncias da medicação no momento da alta hospitalar e no atendimento por especialistas diferentes, seja no âmbito público ou privado.

A segurança na utilização dos medicamentos requer uma abordagem em equipa, com o envolvimento da equipa hospitalar, comunitária e da PI e seus familiares. Alguns estudos evidenciam que, no momento da alta hospitalar 87% das

peças doentes, recebem pelo menos um medicamento que não estavam a tomar aquando da admissão (Tran, Jeffery, & Nailor, 2016). A lista de medicamentos única, ajuda a identificar os problemas associados com os medicamentos, nomeadamente o risco de duplicação involuntária (a toma do mesmo medicamento, mas com marca diferente), prescrições desatualizadas e/ou a toma de suplementos pela PI e que interagem negativamente com os medicamentos prescritos (AHRQ, 2018; Figueira et al., 2019).

Assim, procurou-se identificar um procedimento de gestão medicamentosa na instituição hospitalar, nomeadamente no serviço de Medicina. Salienta-se que o CHO tem como estratégia prioritária a curto prazo a Reconciliação Terapêutica (RT) a ser implementada na instituição. Na sua ausência, contactou-se a Comissão de Qualidade da instituição envolvida, a Diretora Clínica da Medicina e a Enfermeira Chefe do serviço de Medicina, para a elaboração de um guia terapêutico (Apêndice 4). O guia terapêutico desenvolvido será um instrumento comum em ambos níveis de saúde (secundários e primários), de fácil manuseamento e de acesso, quer pelos profissionais de saúde, quer pela própria PI e cuidador. Esta é uma das estratégias aplicadas para fomentar a adesão ao regime medicamentoso, evitar os erros inerentes a uma má gestão da medicação e, consequentemente, internamentos evitáveis.

A elaboração deste guia terapêutico foi proposto ao Conselho Clínico de Saúde do ACeS Oeste Sul, que o aprovou e foi apresentado, numa reunião com todos os coordenadores e enfermeiros responsáveis das diferentes unidades funcionais do agrupamento. O mesmo ficou disponível a todos os profissionais de saúde através da Intranet institucional, a partir de Novembro de 2019.

Este guia teve como suporte e fundamentação para a sua elaboração a Norma nº014/2015 de 17/12/2015. Esta descreve a necessidade dos diferentes profissionais de saúde, promoverem o desenvolvimento de práticas seguras no processo de gestão da medicação, nomeadamente nos pontos:

A- Informação acerca do Doente e do Medicamento

a) Promover a normalização da comunicação relativa à informação essencial sobre o doente e sobre a medicação. A informação deve ser eficaz, oportuna, exata e adequada aos diferentes níveis de intervenção profissional ao longo do processo de gestão da medicação.

b) Promover a intercomunicação dos sistemas informáticos.

E-Ambiente Socio-organizacional

z) Promover a participação do doente no seu processo de cuidado, disponibilizando informação/formação adequada sobre a sua medicação.

i) Sempre que possível ou adequado envolver a família ou o cuidador.

Para sustentar a operacionalização do Guia Terapêutico no serviço de Medicina, foi elaborado um procedimento interno (Apêndice 5) e uma proposta de lista de verificação para realização de uma auditoria interna (Apêndice 6). Os objetivos da auditoria são: validar as intervenções clínicas inerentes à reconciliação terapêutica, perceber o diagnóstico de situação referente à adesão ao regime medicamentoso. Constata-se ser de grande relevância a utilização de auditorias, enquanto ferramenta de avaliação e melhoria contínua dos cuidados prestados. Está devidamente descrito que a auditoria no âmbito da saúde tem por finalidade avaliar o desempenho de um processo contínuo, método ou programa de assistência de enfermagem proposto e adotado por uma instituição, transpondo sempre como objetivo basilar a melhoria na qualidade de cuidados prestados (AHRQ, 2017; Cadinha et al., 2004; Ribeiro & Silva, 2017).

Salienta-se que esta atividade não estava prevista no cronograma de atividades deste estágio. Contudo, considerou-se pertinente a sua execução, de forma a reforçar as diligências já efetuadas pela instituição para dar cumprimento à norma nº 018/2016 de 30/12/2016 emitida pela Direção-Geral da Saúde (DGS). Mas essencialmente, para avaliar a evolução da equipa de enfermagem no que concerne às intervenções direcionadas para a RT e gestão medicamentosa, e ser um instrumento fiável para a deteção de lacunas e fragilidades que possam ser corrigidas e melhoradas.

Desta forma, pretende-se que a equipa de enfermagem, detenha um instrumento de trabalho para que identifiquem o diagnóstico de situação em relação à RT, e possam nortear os registos clínicos de forma a espelhar as intervenções prestadas à PI e seu cuidador.

Em alinhamento com as políticas de saúde, nomeadamente da OMS, em que nomeia a segurança do doente como um grave problema a nível mundial, e organizações como a European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ), a necessidade de implementar ações que promovam uma cultura de segurança, através de processos formativos, de forma a envolver e sensibilizar todos os profissionais, foi efetuada uma sessão de formação (Apêndice 7). Esta foi replicada duas vezes a pedido da chefia do serviço, para possibilitar que todos os elementos de enfermagem tivessem oportunidade de estarem presentes. Participaram também

médicos, que demonstraram interesse na temática, pela sua importância e relevância nos cuidados de saúde, no seio da equipa.

Um dos princípios inerentes ao processo de gestão da medicação, o assegurar que os profissionais de saúde estejam elucidados e esclarecidos das suas intervenções nas diferentes etapas da adesão ao regime medicamentoso, foi alcançado. Foi reforçado o descrito pela (ACSS-SNS), que enfatiza a promoção da qualidade e segurança da PI, através do aumento do conhecimento científico e técnico pertinente e atualizado, mobilizando a reflexão multidimensional, interpessoal e multidisciplinar para suprir os problemas relacionados com a segurança da PI.

3.2. Estágio no Contexto Comunitário

O estágio realizado em contexto comunitário teve mais destaque para a concretização dos objetivos definidos no âmbito deste projeto e permitiu identificar, perceber e desenvolver intervenções de enfermagem promotoras da adesão à medicação por parte das pessoas idosas, e ajudá-los nos seus processos de gestão da doença crónica. O estágio realizou-se num período de 12 semanas (entre 12 Novembro de 2019 e 7 de Fevereiro de 2020).

Foram delineados os objetivos: perceber a dinâmica organizacional do serviço; identificar factores da adesão ao regime medicamentoso da pessoa idosa e seu cuidador no domicílio; facilitar a capacitação da pessoa idosa e seu cuidador na adesão ao regime medicamentos e contribuir para a formação contínua dos enfermeiros sobre a adesão ao regime medicamentoso.

Para além do estudo transversal de caracterização da pessoa idosa e seu cuidador, já apresentado anteriormente, fez-se o diagnóstico de situação dos registos de enfermagem que dão visibilidade às intervenções do enfermeiro, no que diz respeito a adesão ao regime medicamentoso na visita domiciliária, tendo sido realizada uma auditoria no período de 1 a 30 de Novembro de 2019 (Apêndice 8). Nesta auditoria o Índice de Conformidade⁸ foi baixo, correspondendo apenas a 19,19%, de acordo com ICNA (2004).

A análise desta auditoria, sustenta a necessidade de uma sessão de formação multidisciplinar (Apêndice 9) sobre a adesão ao regime medicamento, particularmente direcionada aos enfermeiros, evidenciando a necessidade de desenvolvimento de boas práticas que capacitem a PI e seu cuidador, bem como na adequação de registos

⁸ Fórmula de Cálculo de índice Conformidade= $\frac{\text{nº de respostas conformes}}{\text{nº de respostas conformes e não conformes}} \times 100\%$

de enfermagem que reflitam os cuidados prestados. A DGS (2019) sublinha a necessidade de intervenções temáticas para a população, nomeadamente à PI, por forma a promover a literacia em saúde, envolvendo e aumentando a rede de parceiros para incorporar e potenciar as intervenções que visam a promoção da literacia em saúde.

Como estratégia para aumentar a capacitação da PI e seu cuidador para a adesão ao regime medicamentoso utilizou-se a divulgação de informação sobre este tema e a realização de uma tertúlia. Foi elaborado e divulgado, um folheto informativo (Apêndice 10), que ficou disponível nas salas de espera, no portal da USF e na consulta de visitação domiciliária. Esta estratégia convergiu para o aumento da literacia da PI e seu cuidador, pela facilitação da informação sobre a temática, bem como no apoio na mobilização da mesma.

Elaboraram-se ainda dois cartazes sobre a temática da adesão à medicação, enfocando alertas para as PI e cuidadores para uma prática segura na toma da medicação (Apêndice 11), que foram disponibilizados nas salas de espera da USF. Esta opção de divulgação permitiu à pessoa idosa e cuidador encontrar informação útil, em ambiente propício à sua apreensão e ser abordada durante a consulta multidisciplinar, contribuindo para a promoção da literacia em saúde. Sendo por isso uma oportunidade de transmissão de informação, de reflexão sobre vários determinantes de saúde, para desmistificação de crenças, tabus e mitos, sobre o estado de saúde e adesão à medicação.

A PI e cuidador ao ocupar o tempo enquanto esperam pelo atendimento, podem torná-lo num momento de aprendizagem e promover uma maior proximidade entre a PI e os profissionais (Soussou, Aleksejuniené, & Harrison, 2017), e contribuir para a sua capacitação e empoderamento.

Através de sessões de educação para a saúde é mais fácil para as pessoas idosas adquirirem informações relativas às consequências do uso inapropriado da medicação, dos efeitos adversos do uso de múltiplos medicamentos e os riscos associados a uma má gestão da medicação (Lyons, Sherman, & Dunson-Strane, 2014). Assim, foi organizada uma tertúlia intitulada: “Dê importância aos seus medicamentos!!! Saiba o porquê!” (Apêndice 12), com o objetivo de capacitar a PI e cuidador, aumentando a sua literacia em saúde. Teve a colaboração de uma médica de família da USF e de uma farmacêutica de uma farmácia local. Foi fundamental esta partilha em equipa multidisciplinar, pois as contribuições de cada uma na promoção da adesão ao regime medicamentoso pela PI, teve um âmbito particular,

consciencializando a PI para a importância da sua autonomia na gestão adequada da medicação, e de que forma os seus comportamentos influenciam a sua adesão à medicação.

A divulgação da tertúlia foi realizada de diferentes formas: através da afixação de cartazes na sala de espera nas duas alas da USF (Apêndice 13); da entrega de “flyers” no fim das consultas de enfermagem e médicas na USF e nas visitas domiciliárias durante as duas semanas que antecederam a tertúlia.

A tertúlia ocorreu num espaço público (Centro de Educação Ambiental, situado na cidade de Torres Vedras) com capacidade para cerca de 30 pessoas e de fácil acesso, tendo em vista a acessibilidade a um maior número de pessoas idosas e cuidadores. A escolha do espaço teve o apoio da Enfermeira Chefe do AcES Oeste Sul, em virtude da existência de um protocolo entre o AcES e a CMTV. O próprio espaço promove-se como um local para dotar os cidadãos de conhecimentos e meios que lhes permitam lidar com os desafios de um desenvolvimento sustentável, mas também para um envelhecimento saudável.

Participaram dez pessoas, destas duas eram cuidadoras de pessoas idosas. Todos os presentes assinaram um consentimento para a recolha de imagens (Apêndice 14), para serem utilizadas como parte integrante do presente relatório de estágio. Paralelamente foi entregue no fim da tertúlia um certificado de presença a todos os presentes (Apêndice 14). No final da tertúlia foi entregue um questionário anónimo e confidencial, para avaliar a importância da sessão (Apêndice 16), tendo-se obtido uma percentagem de 100% para todos os itens, nos valores correspondentes a melhor satisfação.

Considerou-se que a tertúlia deverá ser replicada, face ao modo como foi percecionada pela PI e cuidadores, como um momento de aprendizagem e partilha e que contribuiu para aumentar a adesão medicamentosa para os próprios ou familiares. Houve, inclusive, afirmações por parte dos participantes, de que nunca tinham pensado na problemática da adesão à medicação, e que a partir desta tertúlia ficaram mais conscientes para a necessidade de mudar alguns hábitos e adquirirem outros conhecimentos que, em conjunto, contribuirão para a melhoria da sua saúde e bem-estar. Esta reflexão por parte da PI e cuidador, vai de encontro a alguns estudos que sustentam que os idosos com múltiplos problemas de saúde (multi-morbilidade) valorizam o seu envolvimento na tomada de decisões sobre seus cuidados de saúde (Butterworth et al., 2019), sendo visto como um mecanismo essencial para melhorar a adesão à medicação.

Perante o grau de satisfação dos participantes, ficou o compromisso de ser repetida oportunamente a tertúlia, com a participação de outros elementos da equipa de saúde, nomeadamente a nutricionista para ser abordado as interações dos alimentos com os medicamentos.

A educação para o autocuidado na gestão medicamentosa, devidamente adaptado às necessidades de literacia em saúde da pessoa idosa, pode promover significativamente a adesão ao regime medicamentoso (Delavar, Pashaeypoor, & Negarandeh, 2020).

A utilização de estratégias de promoção de envelhecimento saudável, ancoradas na educação em saúde, favorece o aumento do controle da saúde por parte da PI, e empodera-o para decidir sobre a mesma (Mallman, Neto, Sousa, & Vasconcelos, 2015), consciencializando-o sobre sua saúde e a sua perceção como elemento ativo na transformação de sua vida.

Está descrito que a utilização de vídeos, workshops e reuniões de grupos na comunidade, contribui para a melhoria da qualidade de vida dos participantes, e que a adesão aos conteúdos focados aumenta consideravelmente (Mallman et al., 2015). Deverão por isso ser implementadas novas ações, baseadas nos princípios da educação em saúde e mais condizentes com as necessidades das pessoas idosas, envolvendo a participação da família/cuidador nas mesmas, levando em consideração os conhecimentos, a cultura e o meio em que vivem as pessoas idosas, só desta forma se obterão os resultados tão almejados.

As diferentes intervenções de enfermagem desenvolvidas neste percurso de estágio, permitiu à PI desenvolver comportamentos de autocuidado, incentivando-a a utilizar o seu potencial de conhecimentos, capacidades e comportamentos, por forma a identificar, evitar ou detetar situações suscetíveis de interferir na adesão ao regime medicamentoso. A articulação personalizada da escala MAT, com a avaliação individual da PI em consonância com a análise da sua capacidade e conhecimento para gerir o seu regime medicamentoso permite favorecer a adesão ao regime medicamentoso (Renom-Guiteras, Meyer, & Thürmann, 2015).

A figura 2 ilustra de forma sistematizada as principais intervenções contributivas da adesão ao regime medicamentoso na PI, realizadas no percurso de estágio, à luz do referencial teórico de enfermagem mobilizado.

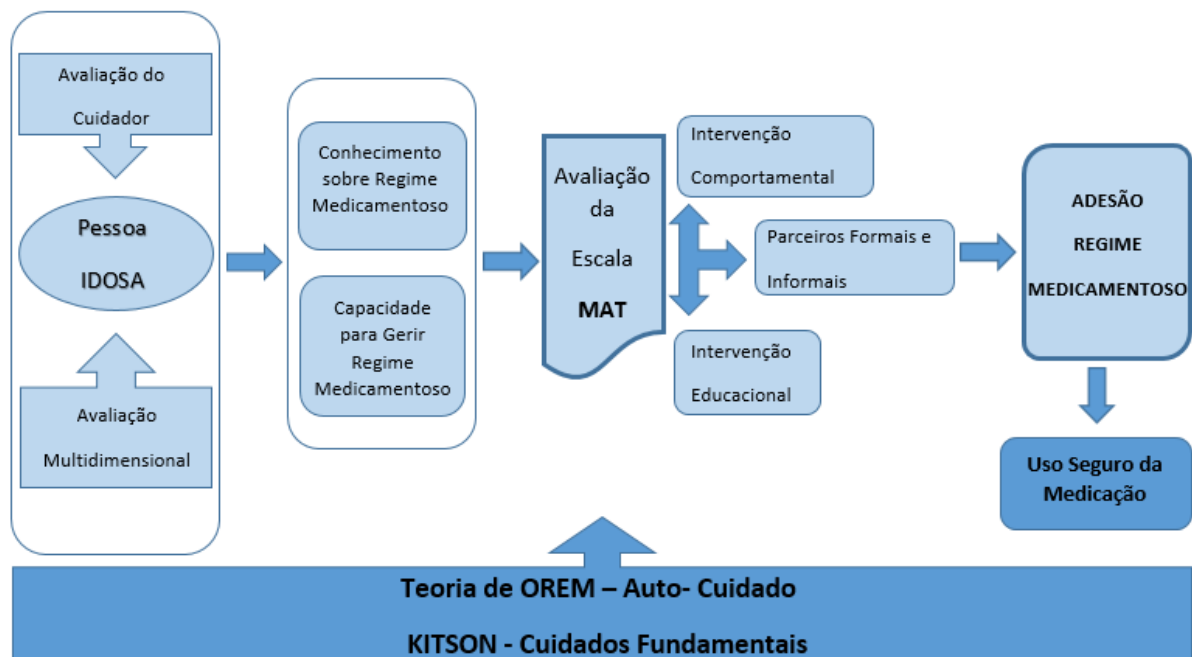


Figura 2. Modelo de intervenção de enfermagem na adesão ao regime medicamentoso

3.3. Avaliação das Intervenções Implementadas

Um processo de avaliação promove ele próprio uma clarificação dos objetivos, melhora a comunicação e aumenta o conhecimento. Segundo Donabedian (1998) avaliar é a monitorização contínua da prestação de cuidados de saúde, na deteção e correção precoce de potenciais desvios, permitindo o aperfeiçoamento e desenvolvimento de cuidados de saúde através de uma metodologia sustentada em indicadores de qualidade em saúde. Neste sentido, podemos concluir que a avaliação é uma forma de analisar as intervenções aplicadas no cuidado prestado à PI e seu cuidador. Por outro lado, é pertinente identificar a qualidade da avaliação, a qual depende da produção de resultados credíveis e fiáveis adotando procedimentos adaptados às circunstâncias, aprofundando a análise dos factos e aplicando métodos e técnicas rigorosas.

Para proceder a uma avaliação efetiva, torna-se premente a existência de indicadores, os quais permitem avaliar o sucesso de um projeto ou de componentes específicos de um projeto, é neste enquadramento, que o indicador⁹ é utilizado para medir a concretização das metas, objetivos gerais e específicos. A Ordem dos Enfermeiros recomenda ainda que “a construção dos indicadores de produtividade e

⁹ Elemento observável e objetivo que fornece informação sobre aspetos específicos da realidade. Dados, qualitativos ou quantitativos, que fornecem informações sobre contextos, organizações, grupos, pessoas, dinâmicas ou atividades

de qualidade da enfermagem tenham por base os padrões de qualidade e as boas práticas profissionais” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2004, p.4).

Segundo Donabedian (2003) existem diferentes tipos de indicadores de qualidade em saúde mensuráveis, os quais têm como finalidade a melhoria da saúde da população, atendendo às expectativas de todos os envolvidos na gestão de saúde e bem-estar: indicadores de *estrutura*, *processo* e *resultado*. Para autor, o indicador de *estrutura* pretende avaliar as condições sob as quais os cuidados de saúde são prestados (aspectos relacionados com recursos materiais, humanos e da estrutura organizacional). O indicador de *processo* é entendido pelo autor como a avaliação das intervenções direcionadas para as pessoas (onde se inclui o diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação). O indicador de *resultado*, segundo o autor pretende traduzir as modificações (desejadas ou indesejadas) das intervenções nas pessoas e, também, o grau de satisfação, onde se incluem as “*mudanças no estado de saúde, mudanças nos conhecimentos (...); mudanças no comportamento*” (Donabedian, 2003).

Assim identificaram-se como indicadores de *processo para a PI e seu cuidador*: as intervenções de educação e as intervenções de prevenção, como foi o caso das sessões de formação, a tertúlia, o folheto informativo: “A medicação na pessoa idosa” e os cartazes sobre a temática da adesão à medicação: “TOME OS MEDICAMENTOS como os profissionais de saúde RECOMENDAM!”. Determinou-se ainda como indicadores de *processo* as sessões de formação dirigidas para os profissionais de saúde.

A sessão de formação para a equipa de enfermagem da Medicina, teve 80% da equipa presente nas duas sessões de formação. Em ambas as sessões após a análise dos questionários de avaliação constatou-se que a totalidade dos participantes fizeram uma avaliação positiva da mesma, como é demonstrado nas figuras 3 e 4.

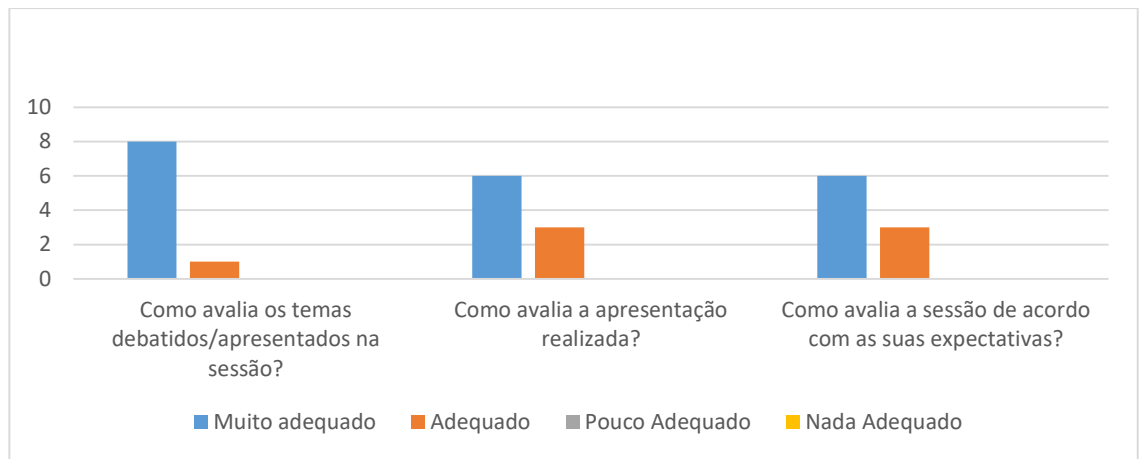


Figura 3. Resultados da avaliação da sessão clínica " Reconciliação Terapêutica" dia 23/10/2019

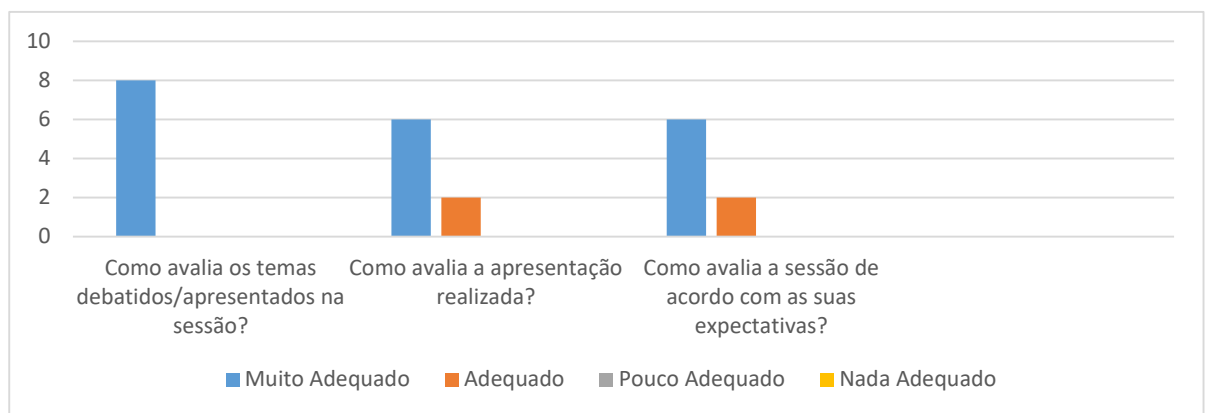


Figura 4. Resultados da avaliação da sessão clínica " Reconciliação Terapêutica" dia 20/11/2019

A ponderação dada pelos enfermeiros presentes nas sessões clínicas também foi elevada, pois na análise da pergunta aberta: “Esta ação de formação irá alterar comportamentos/técnicas? Justifique”, apesar de apenas cinco dos vinte enfermeiros presentes, terem respondido a esta questão. Dos que responderam, todos eles descreveram que a mesma terá impacto assertivo na sua prática profissional, enunciando-se de seguida algumas frases compostas pelos formandos:

E1- “Permitirá ficarmos mais despertos para a reconciliação e registo da adesão medicamentosa”

E2- “Alerta para as práticas corretas relativamente à gestão da adesão medicamentosa”

E3- “A reconciliação terapêutica é de extrema pertinência para a melhoria dos cuidados prestados e consequentemente para a qualidade de vida do utente. Alertou

para a importância da continuidade de cuidados nesta área e trabalho conjunto: contexto hospitalar e contexto comunitário”

E4- “Alertou para a importância da Reconciliação terapêutica, bem como de dar visibilidade ao que se já se faz de bem”

E5- “Tema muito importante, com vista à implementação na instituição brevemente”

Sendo que, as perguntas abertas numa avaliação de uma sessão clínica podem revelar-se como um meio para perceber a opinião de cada um dos formandos, e perceber a sua atitude e motivação para a mudança para o tema abordado, bem como o comportamento a ser adotado após o esclarecimento e divulgação da temática, em que neste caso, se cinge à reconciliação terapêutica, e consequentemente ao regime medicamentoso.

Similarmente, a sessão clínica dirigida à equipa multidisciplinar da USF, também se revelou positiva, em que para 100% dos participantes (apenas não esteve presente um elemento médico por se encontrar de férias) a formação teve um impacto positivo, como se pode validar na figura 5.

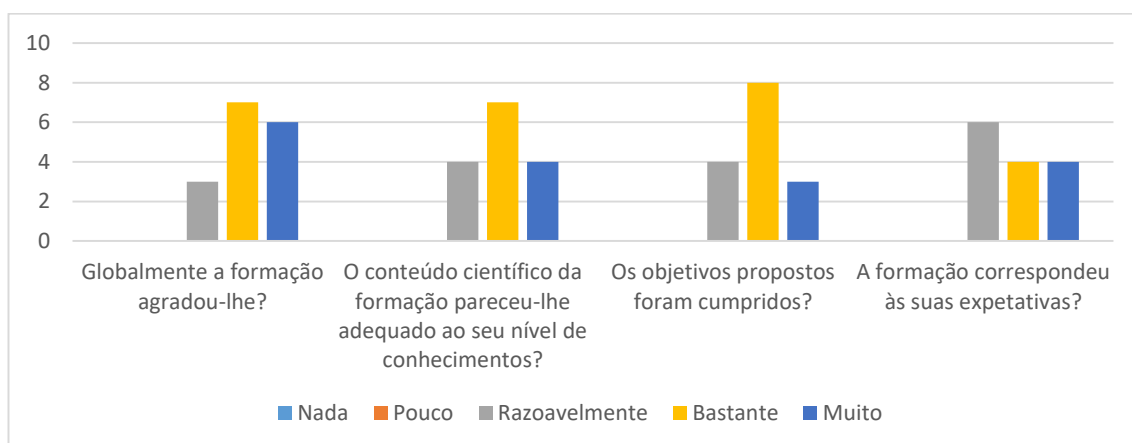


Figura 5. Resultados da avaliação da sessão de clínica " Adesão ao Regime Medicamentoso na Pessoa Idosa e seu Cuidador"

Relativamente ao conhecimento adquirido pela PI e cuidador no fim da tertúlia, com a aplicação do quizz¹⁰, estando as respostas dadas pelos participantes expostas na figura 6. Onde se pode constatar que ocorreu uma aquisição de conhecimentos favorável.

¹⁰ Adaptado de: <https://www.onlinequizcreator.com/pt/seguranca-na-utilizacao-da-medicacao/quiz-372779>

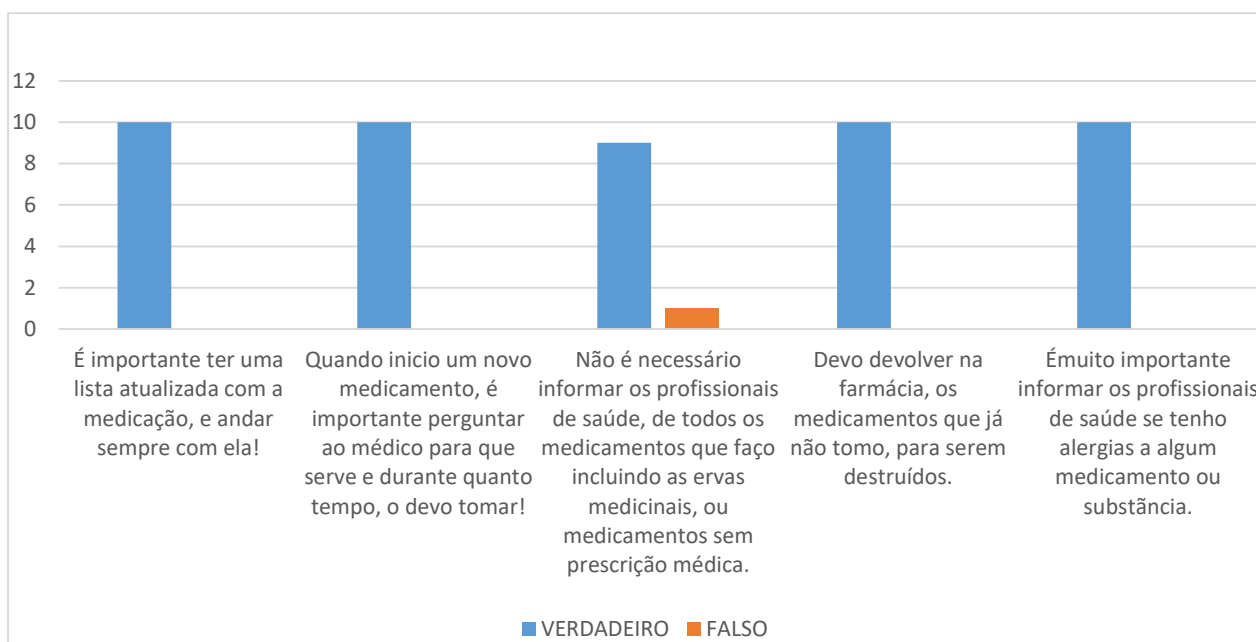


Figura 6. Resultados da avaliação da aquisição de conhecimento da Tertúlia "Valorize os seus medicamentos! Venha saber PORQUÊ!"

Relativamente ao indicador de *resultado*, determinou-se a execução da segunda auditoria realizada aos registos clínicos, após a sessão de formação à equipa multidisciplinar da USF. Inicialmente previa-se a obtenção de um padrão de qualidade MUITO BOM na auditoria, que corresponde um Índice de Conformidade superior a 85%, no entanto só se alcançou 49,07%, refletindo que dever-se-á manter uma formação que incida na focalização das intervenções promotoras da adesão ao regime medicamentoso na pessoa idosa e seu cuidador na visita domiciliária, seguida de uma nova auditoria aos registos clínicos para demonstrar a evolução das boas práticas nesta temática.

O facto de a auditoria ter revelado um valor muito abaixo do expectável, poderá ser respondido por ter sido aplicada num período de tempo após a formação aos profissionais, não tem permitido uma mudança de comportamento, no que concerne à descrição em SClínic® das intervenções de enfermagem que o enfermeiro presta junto da PI, nem a consolidação dos conhecimentos adquiridos. Pois a auditoria aos registos clínicos foi aplicada no decorrer do mês em que a sessão clínica foi apresentada. Em última análise, foi precoce poder inferir o impacto que a mesma teve, devido ao tempo de aplicação permitir a visibilidade da mudança. No entanto, permitiu perceber que a equipa está empenhada na visibilidade dos registos clínicos, sendo previsível que ocorra uma melhoria exponencialmente na próxima auditoria.

De uma forma global, podemos dizer que todos os objetivos do projeto foram alcançados na sua totalidade e até superaram o definido inicialmente. Em suma, a

avaliação dos resultados das intervenções promotoras de uma cultura de segurança e de qualidade dos cuidados prestados na adesão ao regime medicamentoso na pessoa idosa e cuidador, foi avaliado positivamente, tanto na sua implementação como na sua eficácia.

Para sistematizar a avaliação do percurso de estágio, realizou-se ainda a análise SWOT, a qual é entendida como instrumento de relevância para ajudar na construção de uma estratégia enfatizando a necessidade de bem realizar o diagnóstico dos ambientes interno e externo para a construção de um caminho orientado pelo pensamento estratégico e convergente com as necessidades futuras (Fernandes, 2012). Por outras palavras, é um método de planeamento estruturado, usado para avaliar os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças envolvidas num projeto, e em última instância podemos dizer-se que a análise SWOT visa essencialmente atenuar os pontos fracos, reforçar os pontos fortes, aproveitar as oportunidades, olhar para as ameaças como potenciais oportunidades.

- **S** (Força): As recomendações da Direção-Geral da Saúde que destacam a importância de processos de reconciliação terapêutica, e a necessidade de implementar estratégias que fomentem a diminuição dos gastos com medicação e o aumento do controlo das doenças crónicas, paralelamente ao aumento do empoderamento e da capacitação da PI e cuidador na gestão da sua saúde. A colaboração entre a equipa multidisciplinar no ensino clínico em contexto hospitalar e comunitário, o dinamismo e motivação da equipa multidisciplinar do CHO para a mudança. A complementaridade dos dois contextos de ensino clínico entre si; promoção da continuidade de cuidados e articulação entre os dois níveis de cuidados, que a PI está sujeita.

- **W** (Fraqueza): A equipa de enfermagem da USF resistente à mudança. A maior fraqueza é o suporte informático que não está direcionado para a efetivação da reconciliação terapêutica, quer a nível do contexto hospitalar, quer a nível dos cuidados de saúde primários, apesar de estar disponibilizado. Ausência de uma cultura de registo do foco “avaliar adesão” e as intervenções inerentes ao mesmo.

- **O** (Oportunidades): Este projeto de intervenção permitiu a comunicação nas transições de cuidados, no que concerne à gestão da medicação.

- **T** (Ameaças): O tempo requerido na consulta para realização da adesão ao regime medicamentoso. A polimedicação tão frequente na pessoa idosa que dificulta a adesão ao regime medicamentoso.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

Ao longo deste percurso de formação académica e desenvolvimento de competências enquanto mestre, e concomitantemente Enfermeiro Especialista (EE) e Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa Idosa (EEMCVPI), para além do perfil de competências emanado pela Ordem dos Enfermeiros, foi possível aprofundar, interiorizar, consolidar e aplicar uma prática de enfermagem mais robusta e baseada na melhor evidência, consolidando a minha identidade profissional.

A construção de uma identidade profissional mais sólida, com compreensão sobre o papel autónomo do Enfermeiro Mestre e EEMCVPI no seio da equipa multidisciplinar, é denunciadora de um conhecimento próprio e com intervenções adequadas centradas na PI, favorece o aumento da qualidade de vida e melhoria dos cuidados prestados. Mas muitas vezes isto não é compreendido pelos restantes elementos que constituem a equipa multidisciplinar.

Estas ações continuamente estruturadas nas teorias que suportam a profissão de Enfermagem, como é o caso da Teoria de Orem e da estrutura do Cuidado Fundamental, as quais nortearam as intervenções explicitadas no presente relatório, permitiram valorizar a profissão de Enfermagem.

Ao longo do Relatório de Estágio exercitei a *arte* de perceber, descrever e fundamentar o caminho que percorrido. Todavia, impõe-se agora a apresentação de uma perspetiva mais global sobre o decurso dos Estágios, relacionando de que forma o percurso formativo e objetivos definidos impactaram na aquisição das competências que se pretendem que o Enfermeiro Mestre e Especialista Médico-Cirúrgica detenha, na sua prática diária.

Reconheço o desenvolvimento de competências de Mestre de acordo com os descritores de Dublin, enaltecendo o cuidar da pessoa idosa e seu cuidador no processo de adesão ao regime medicamentoso com uma investigação primária, que induziu a uma compreensão mais detalhada da população alvo no que concerne ao regime medicamentoso, transpondo intervenções direcionadas e eficazes para maximizar a autonomia da PI e seu cuidador na gestão medicamentosa. Comunicando eficazmente as conclusões advindas do mesmo estudo à comunidade científica de enfermagem.

De igual modo, apresento as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista e para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que tiveram mais visibilidade neste projeto, no qual o

enfermeiro especialista precisa para cuidar da pessoa idosa com doença crónica e família, em articulação com os parceiros. Supõe-se, que as competências desenvolvidas reflitam uma prática baseada nas mais recentes evidências e orientadas para melhores cuidados. As competências selecionadas de acordo com¹¹ Artigo 6.º Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade: *b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; c) Garante um ambiente terapêutico e seguro*; Artigo 7.º Competências do domínio da gestão dos cuidados: *a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde*.

No desenrolar deste projeto posso afirmar que foi alcançado o que é pretendido do enfermeiro especialista como é definido pelo Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, em regra que o mesmo deverá ter Competências que envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

Deste modo, cabe ao EEMCVPI, identificar um problema real ou potencial, fazer o correto diagnóstico de situação e intervir com cuidados baseados no conhecimento que provém da investigação mais recente e aprimorada, conjugado com a melhor prática de enfermagem.

Por outro lado, é importante ter presente a PI como elemento decisor na adesão do regime medicamentoso, tendo aqui o EEMCVPI um papel preponderante na sua capacitação e empoderamento da PI, facultando-lhe *aptidões* que lhe permitam fazer a tomada de decisão, de forma mais consciente e esclarecida, bem como, pelo facto do EEMCVPI, se assumir como elemento chave na equipa multidisciplinar, pois o mesmo está imbuído de competências de comunicação interpessoais sólidas, que possibilitam uma melhor harmonização dentro da equipa multidisciplinar, em prol da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Por outro lado, o mesmo ao possuir competências específicas, consegue uma comunicação mais assertiva, quer com os pares quer com a população a quem presta cuidados.

É sabido que a condução de um processo de intervenção produz resultados para além dos diretamente visados, sendo responsável por transformações em várias dimensões e tipos de atores envolvidos. Assim, não só nos beneficiários finais é

¹¹ Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019

possível encontrar efeitos da participação no projeto, mas também nas entidades envolvidas – a nível organizacional – e nos profissionais de saúde – a nível individual – desenvolvem competências em determinadas áreas (K'CIDADE, 2007).

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Presentemente o envelhecimento populacional e as suas consequências no estado de saúde da PI, assume-se como um grande desafio para o enfermeiro. A sua intervenção é reveladora como determinante para o aumento da adesão medicamentosa, no controlo da doença crónica, e consequentemente na melhoria da qualidade de vida. Igualmente o enfermeiro fornece instrumentos para a capacitação da pessoa idosa na gestão dos seus medicamentos e da literacia em saúde.

Este projeto, ao ser aplicado em dois contextos, o hospitalar e os CSP, pela transição e continuidade de cuidados em que a população idosa recorre, permitiu não só formação específica sobre a temática para os profissionais de saúde envolvidos, como foi desencadeador de boas práticas no que concerne à fomentação da adesão à medicação, tanto pela PI, como pelo seu cuidador. O estudo vai possibilitar futuras comparações, mediante as intervenções que irão ser aplicadas para dar resposta a esta problemática ainda longe de estar colmatada. Podendo ser considerado inclusivamente o ponto de partida para futuras investigações científicas.

Por outro lado, este projeto de intervenção também contribuiu para a disseminação da prática de enfermagem, com a apresentação de um poster sobre esta temática nas II Jornadas de Enfermagem - Cuidado Centrado na Pessoa (Apêndice 17) tendo sido premiado com a primeira menção honrosa (Apêndice 18).

Este projeto permitirá ainda a curto prazo a existência de um guia terapêutico único a ser utilizado não só pela população idosa, mas também para todos os utentes que tenham medicação crónica prescrita, quando o mesmo obtenha a aprovação por parte do conselho clínico da instituição hospitalar.

Perspetiva-se ainda a médio prazo, que com a continuidade do projeto ocorra: uma melhoria a adesão à terapêutica; redução do armazenamento de medicamentos no domicílio, bem como o seu desperdício; diminuição do número de doses não tomadas, ou tomadas incorretamente, e consequentemente a redução na iatrogenia por erros de toma; melhorar o controlo da doença; aumento da comunicação e colaboração entre todos os intervenientes no processo de gestão da medicação e aumentar a cultura de segurança da medicação, nomeadamente a utilização do portal RAM do Infarmed. Apesar de estar consciente, que os impactos das mesmas irão ser somente visíveis de forma gradual.

De referir ainda que a replicação da tertúlia oportunamente expandida a toda a população do Aces Oeste Sul, irá provavelmente contribuir juntamente com as ações

já descritas anteriormente, para uma redução dos gastos em medicação anualmente, e para a construção de forma positiva dos indicadores definidos nesta área pela (ACSS, Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários, 2017), nomeadamente nos seguintes indicadores: 351 - *Custo com terapêutica do doente com Diabetes Mellitus controlado* e 353-*Custo com terapêutica do doente com Hipertensão Arterial controlada*.

Será importante de salientar que a ACSS não dispõe ainda de nenhum indicador específico, mas que seria de extrema importância, na mensuração da adesão à medicação, para validar de forma mais concisa se as intervenções aplicadas são eficazes e reflitam a mudança de comportamentos por parte da PI, pois uma taxonomia padrão facilita o desenvolvimento de métricas de qualidade que podem ser usadas para criar modelos de incentivo relacionados à melhoria da adesão à medicação e à monitorização do progresso ao longo do tempo (Zullig et al., 2018), nomeadamente ajudam a entender, comparar e melhorar (Pencheon, 2008).

Saliento ainda que este projeto foi impulsionador e concretizador de alguns objetivos traçados pela (ACSS, 2018) para os cuidados de saúde primários, nomeadamente no:

- Melhorar a interligação e articulação entre os prestadores de cuidados do SNS, desenvolvendo planos transversais de acompanhamento dirigidos, especialmente, a doentes crónicos e com multimorbilidade;

- Promover a Literacia em Saúde e os Autocuidados, valorizando o percurso dos utentes no Sistema Nacional de Saúde (SNS), assegurando a definição de planos individuais de cuidados que envolvam as necessidades dos utentes e que possam ser acompanhados nos sistemas de informação;

- Incentivar a cultura da prestação de cuidados em equipas multidisciplinares, procurando melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade de cuidados;

- Auditar processos e resultados, assegurando correspondência entre as práticas e os procedimentos ou critérios preestabelecidos na boa prática, assim como o registo da atividade realizada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão deste relatório marca o término de um período de intensa aprendizagem, novas experiências e reflexão sobre as mesmas, que culminam no alcance do objetivo primordial deste percurso, o desenvolvimento de competências de mestre e EEMCVPI. Simultaneamente na disseminação da importância de olharmos de forma diferente para a PI e para o consumo de medicamentos por parte da mesma.

Apesar de se saber que o aumento da adesão à medicação pode ter um efeito maior na melhoria do estado de saúde do que a melhor terapêutica inovadora (Zelko et al., 2016), a adesão aos medicamentos permanece, ainda, na vanguarda dos encargos de saúde pública. Melhorar a adesão requer uma abordagem multifacetada, envolvendo princípios de medicina de precisão e saúde da população. Afirmamos que são necessárias abordagens inovadoras para avançar no campo da adesão ao regime medicamentoso, incluindo a adoção de uma taxonomia padronizada para descrever a adesão e relatar os resultados dos estudos relacionados à adesão, integrando fontes de dados para desenvolver medidas inovadoras de adesão e considerando mecanismos inovadores para incentivar as pessoas idosas a se engajarem em melhorar a adesão à medicação (Zullig et al., 2018).

Face ao exposto é importante ter uma abordagem inovadora, confluindo todos os profissionais de saúde dos diferentes níveis de cuidados para a mesma linha orientadora na adesão à medicação, com práticas convergentes na envolvência da PI e cuidador para a sua própria gestão da medicação, para inverter o número de reações adversas a medicamentos, internamentos hospitalares, gastos com medicação excessiva e doenças crónicas mal controladas.

Por outro lado, o relatório pretende evidenciar o papel basilar na adesão à medicação por parte do enfermeiro, pois sabemos que a enfermagem no que se refere aos cuidados de proximidade assume-se com uma especial relevância. Fazendo uso do seu papel fundamental no seio de uma equipa multiprofissional, de entidade corresponsável pelo contínuo de cuidados e ainda de elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, o enfermeiro emerge como o elemento central no contexto da prestação de cuidados e decisivo para a mudança de comportamentos e atitudes, promotoras da adesão à medicação (Ministério da Saúde, 2012).

Devemos ter sempre presente o pensamento que “Viver mais não significa necessariamente viver melhor”. Como verificamos no estudo, um elevado número de

idosos sofre de doenças crónicas e de fragilidade, que requerem cuidados complexos e contínuos no domicílio. O enfermeiro revela-se ainda com uma responsabilidade acrescida para potenciar uma qualidade de vida à PI a quem presta os seus cuidados, capacitando-o para que o mesmo possa traçar o que para ele é mais favorável.

Pois, inevitavelmente ao estarmos perante uma sociedade envelhecida, existe uma maior procura dos cuidados, da utilização da medicação e da necessidade de apoio pelos profissionais de saúde. Pelo que é premente dar voz às intervenções de enfermagem potenciadoras da responsabilização que cada um tem na utilização segura do medicamento, e das estratégias possíveis para potenciar a adesão à medicação.

Saber como o idoso interpreta a importância do medicamento que lhe é prescrito e de que forma o toma regularmente, permite ao enfermeiro uma abordagem em sintonia com todos os parceiros para uma melhor qualidade de vida da pessoa idosa.

Este investimento por parte do enfermeiro poderá representar a médio e a longo prazo, uma melhoria da qualidade de vida no idoso, mas similarmente a nível económico, com a diminuição dos gastos relacionados com a saúde.

Pois muito embora possam existir algumas limitações na intervenção do enfermeiro no domicílio, por vezes difíceis de contornar, é da sua competência a deteção de situações de risco precocemente associados as doenças crónica da PI, pois o mesmo é um elemento que se encontra melhor preparado e posicionado para a resolução de muitas das situações que possam surgir (OE, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2017). *Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde Primários*. 1-651. Acedido a 1 de Maio de 2019. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf
- ACSS. (2018). *Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019*. Acedido a 2 de Maio de 2019. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/Termos-Referencia-Contratualizacao-2019.pdf>
- ACSS-SNS. (s.d.). *Referencial de formação 2016-2018- Ação formação de suporte ao Plano Nacional para a Segurança do Doente*. Acedido a 24 de Abril de 2019. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/>
- Aguiar, P. (2007). *Estatística em investigação epidemiológica: SPSS - guia prático de medicina*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- AHRQ. (2017). *The CAHPS Ambulatory Care improvement guide - Practical strategies for improving patient experience*. Acedido a 4 de Janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/quality-improvement/improvement-guide/4-approach-qi-process/cahps-section-4-ways-to-approach-qi-process.pdf>
- AHRQ, (2018). *The guide to improving patient safety in primary care settings by engaging patients and families*. 1-36. Acedido a 5 de Janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patient-family-engagement/pfeprimarycare/pfepc-fullguide-final508.pdf>
- Almiro, (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação Psicológica*, pp. 253-386. doi:10.15689/ap.2017.1603.ed
- Barrueta, O., Verdugo, R., Sola, N., Cerdá, J., & Aznárez, H. (2015). Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados del “Día de la Adherencia” del 2013. *Farmacia Hospitalar*, 39, pp. 109-113. doi:10.7399/FH.2015.39.2.8554
- Bell, J. S., Airaksinen, M. S., Lyles, A., Chen, T. F., & Aslani, P. (2007). Concordance is not synonymous with compliance or adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, pp. 710-713. doi:10.1111/j.1365-2125.2007.02971.x
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. CEMBE: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, 1-104. Lisboa. Acedido a 5 de Maio de 2019. Disponível em: <https://cembe.org/avc/docs/NOC%20deAdes%C3%A3o%20a%20Patologias%20Cr%C3%B3nicas%20CEMBE%202004.pdf>

- Butterworth, J., Hays, R., McDonagh, S., Richards, S., Bower, P., & Campbell, J. (2019). Interventions for involving older patients with more than one long-term health problem in decision-making during primary care consultations. *Cochrane Systematic Review*. pp. 1-75. doi:10.1002/14651858.CD013124.pub2
- Cadinha, S., Fonseca, J., Costa-Pereira, A., Delgado, L., Malheiro, D., & Vaz, M. (2004). Será necessário melhorar a qualidade dos registos? *Revista Portuguesa Imunoalergologia*, pp. 373-382. Acedido a 6 de Outubro de 2019. Disponível em: https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/sera-necessario-melhorar-a-qualidade-dos-registos-clinicos-dos-doentes-asmaticos-.pdf
- Caleres, G., Bondesson, A., Midlov, P., & Modig, S. (2018). Elderly at risk in care transitions When discharge summaries are poorly transferred and used – a descriptive study. *BMC Health Services Research*, 18, pp. 1-10. doi:10.1186/s12913-018-3581-0
- Capucha, L. M. (2008). *Planeamento e Avaliação de Projectos - Guia prático*. 1-61. Acedido a 17 de Dezembro de 2019. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EPIPSE/planeamento_e_avaliacao_de_projectos_-_guiao_pratico_capucha_2008.pdf
- Cavalari, M., Pereira, E., Azzalis, L., Simon, K., Junqueira, V., Alves, B., Fonseca, F. (2016). Avaliação do perfil do idoso dependente de ajuda quanto ao uso de medicamentos no município de Diadema, SP. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, pp. 110-116. doi:10.5327/Z1984-4840201624569
- Chambers, J., Carrol, R., Dennis, M., & Sudlow, C. (2015). Personal experiences of electronic measurement of medication adherence in elderly stroke survivors. *Drugs Ther Perspect*, pp. 167-174. doi:10.1007/s40267-015-0200-6
- Clyne, W., White, S., & McLachlan, S. (2012). Developing consensus-based policy solutions for medicines adherence for Europe: a delphi study. *BMC Health Services Research*, pp. 1-11. Acedido a 7 de Junho de 2019. Disponível em: www.biomedcentral.com/1472-6963/12/425
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a prática de enfermagem*. Ordem Enfermeiros.
- Delavar, F., Pashaeypoor, S., & Negarandeh, R. (2020). The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 103, pp. 336-342. doi:10.1016/j.pec.2019.08.028
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Em *Psicologia, Saúde & Doenças* pp. 81-100. Acedido a 12 Maio de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf>
- DGS. (2019). Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021. Lisboa. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 6 de Novembro de 2019. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>.

- Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Millenium*, pp. 201-219. Acedido a 7 de Julho de 2019. Disponível em: <https://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>
- Doggrell, S. (2010). Adherence to medicines in the older-aged with chronic conditions does intervention by an allied health professional help? *Drugs & Aging*, pp. 239-254. doi: 10.2165/11532870-000000000-00000
- Donabedian, A. (1998). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, pp. 1743-1748. doi:10.1001/jama.1998.03410120089033
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Fernandes, D. R. (2012). Uma visão sobre a análise da matriz SWOT como ferramenta para elaboração da estratégia. *Revista de Ciências Jurídicas*, pp. 57-68. doi.org/10.17921/2448-2129.2012v13n2p%25p
- Figueira, M. C., Brigas, D., Silva, F., Carneiro, Patricia, Madeira, M, Pedroso, E. (2019). Reconciliação terapêutica: Auditoria numa enfermaria de medicina interna. *Revista.spmi.pt*, nº26, pp. 285-291. doi:10.24950/rspmio/74/19/4/2019
- Flynn, A. J., Friedman, C. P., & Klasnja, P. (2014). MedMinify: An advice-giving system for simplifying the schedules of daily home medication regimens used to treat chronic conditions . *AMIA Annual Symposium Proceedings*, pp. 1728-1737. Acedido a 15 de Junho de 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4420013/>
- Frances, A., Thirumoorthy, T., & Kwan, Y. H. (2016). Medication adherence in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, pp. 64-67. doi:10.1016/j.jcgg.2015.05.001
- Gautério-Abreu, D., Santos, S., Silva, B., Gomes, G., Cruz, V., & Tier, C. (2016). Prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e fatores relacionados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, pp. 335-342. doi:10.1590/0034-7167.2016690217
- Godfrey, C., Harrison, M., Lang, A., Macdonald, M., Leung, T., & Swab, M. (2013). Homecare safety and medication management with older adults: a scoping review of the quantitative and qualitative evidence. *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation*, pp. 83-130. doi:10.11124/jbisrir-2013-959
- Henriques, M. A. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade Eficácia das intervenções de enfermagem*. Acedido a 2 de Abril de 2019. Disponível em:

https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959_td_MAdriana_Henriques.pdf

- Hoskins, B. (2011). Safe prescribing for the elderly. *The Nurse Practitioner*, Vol.36, Nº12, 46-52. doi: 10.1097/01.NPR.0000407605.53599.a6
- ICNA, I. C. (2004). *Audit tools for monitoring infection control standards*.pp 1-60. Acedido a 20 de Novembro de 2019. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.559.3287&rep=rep1&type=pdf>
- K'CIDADE. (2007). *GPS- Roteiro de acompanhamento e avaliação de projectos de intervenção comunitária*. Acedido a 25 de Março de 2020. Disponível em: https://www.ces.uc.pt/projectos/pis/wp-content/uploads/2013/09/2-Manual-Avalia%C3%A7%C3%A3o_GPS.pdf
- Kitson, A. (2018). The fundamentals of care framework as a point-of-care nursing theory. *Nursing Research*, 67, pp. 99-107. doi:10.1097/NNR.0000000000000271
- LeBlanc, R. (2015). Optimizing medication safety in the Home. *Home Healthcare Now* , pp. 313-319. doi: 10.1097/NHH.0000000000000246
- Liu, X., & Varshney, U. (2020). Mobile health: A carrot and stick intervention to improve medication adherence. *Decision Support Systems*, 128, pp. 1-14. doi: 10.1016/j.dss.2019.113165
- Lopes, H., Carlos, J. S., Rodrigues, M., Mestre, R., Santana, R., & Matias, T. R. (2014). *Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental*. Acedido a 13 de Abril de 2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relat%C3%B3rio-do-Grupo-de-Trabalho-criado-para-a-defini%C3%A7%C3%A3o-de-proposta-de-metodologia-de-integra%C3%A7%C3%A3o-dos-n%C3%ADveis-de-cuidados-de-sa%C3%BAde.pdf>
- Lyons, B. P., Strane, T. D., & Sherman, F. T. (2014). The joys of caring for older adults: Training practitioners to empower older adults. *Journal Community Health*, pp. 464-470. doi:10.1007/s10900-013-9779-5
- Mager, D., & Madigan, E. (2010). Medication use among older adults in a home care setting. *Home Healthcare Nurse*, 28, pp. 14-21. doi:10.1097/01.NHH.0000366791.48658.d2
- Mahtani, K., Heneghan, C., Glasziou, P., & Perera, R. (2011). Reminder packaging for improving adherence to self-administered long-term medications. *Cochrane Systematic Review - Intervention*, pp. 1-3. doi:10.1002/14651858.CD005025.pub3
- Mallman, D., Neto, N., Sousa, J., & Vasconcelos, E. (2015). Educação em saúde como principal alternativa. *Ciências e Saúde Coletiva*, pp. 1763-1772. doi:10.1590/1413-81232015206.02382014

- Manafo, E., & Wong, S. (2012). Health literacy programs for older adults: A systematic literature review. *Health Education Research*, 27, pp. 947-960. doi:10.1093/her/cys067
- Marin, M. J., Cecílio, L. C., Perez, A. E., Santella, F., Silva, C. B., Filho, J. R., & Rocetti, L. (2008). Caracterização do uso de medicamentos entre idosos numa unidade do programa saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, pp. 1545-1555. doi:10.1590/S0102-311X2008000700009
- MARQUIS. (2014). MARQUIS Implementation manual: A guide for medication reconciliation quality improvement. 1-214. Acedido a 28 de Março de 2019. Disponível em: http://tools.hospitalmedicine.org/resource_rooms/imp_guides/MARQUIS/MARQUIS-Guide-2014-Final.pdf
- Martinho, C. (2015). Adesão terapêutica: um passo para uma transição saudável (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa). Acedido a 2 de Abril de 2020. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20011/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20%2805_15%29.pdf
- Martins, A. J., Martins, J. P., & Santos, S. A. (2017). Adesão ao regime medicamentoso antes e após intervenção de sensibilização terapêutica. *Revista de Enfermagem Referência*, 14, pp. 9-16. Acedido a 29 de Abril de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17021>
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced Nursing*, 56, pp. 472-479. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.
- Mendes, A. P. (2017). Dispositivos de auxílio à administração de medicamentos I- Benefícios e limitações. *epublicação*, pp. 1-3. Acedido a 11 de Novembro de 2019. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/e-publicacoes/dispositivos-de-auxilio-a-administracao-de-medicamentos-i-beneficios-e-limitacoes/>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Lisboa. Acedido a 16 de Janeiro de 2020. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Mongkhon, P., Ashcroft, D., Scholfield, C., & Kongkaew, C. (2018). Hospital admissions associated with medication non-adherence: a systematic review of prospective observational studies. *BMJ- Quality & Safety*, pp. 902-914. doi:10.1136/bmjqs-2017-007453
- Monterroso, L. E., Sá, L. O., & Joaquim, N. M. (2017). Adesão ao regime terapêutico medicamentoso e aspectos biopsicossociais dos idosos integrados em cuidados continuados domiciliários. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, pp. 1-9. doi:10.1590/1983-1447.2017.03.56234
- Náfrádi, L., Nakamoto, K., & Schulz, P. J. (2017). Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-

- efficacy, health locus of control and medication adherence. *Plos One*.
doi:org/10.1371/journal.pone.0186458
- Nilsson, N., Lea, M. L., Lao, Y., Wendelbo, K., Gloersen, G., Mowé, M., Viktil, K. (2015). Medication discrepancies revealed by medication reconciliation and their potential short-term and long-term effects: a Norwegian multicentre study carried out on internal medicine wards. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 22, pp. 298-303. doi:10.1136/ejhpharm-2015-000686.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem. *Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros*, Nº13, pp. 2-8.
- Oliveira, C. (2015). Autocuidado: Gerir regime medicamentoso. Uma revisão integrativa da literatura contributo para o desenvolvimento de um modelo clínico de dados de enfermagem (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Disponível em
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10771/1/teseformatada02_11.pdf
- Organização Mundial da Saúde (1998). Health Promotion Glossary. 1-24.
- Organização Mundial da Saúde (2003). *Cuidados inovadores para condições crónicas: componentes estruturais de ação*. 1-105. Brasília: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 3 de Junho de 2019. Disponível em:
<https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde* (1ª Edição traduzida para português ed.).
- Organização Mundial da Saúde (2010). *Relatório Mundial de Saúde - Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal*. Acedido a 8 de Dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2010/>
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento em Saúde*. Suíça. Acedido a 4 de Abril de 2020. Disponível em: <http://who.int/>
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Drug therapy: Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, pp. 487-497. doi: 10.1056/NEJMra050100
- Palma, C. (2012). *O enfermeiro como gestor do regime medicamentoso: projeto de intervenção em saúde comunitária*. (Dissertação de mestrado;. Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde.) Disponível em:
<http://hdl.handle.net/20.500.12207/312>
- Pencheon, D. (2008). The good indicators guide: Understanding how to use and choose indicators. *NHS, Institute for Innovation and Improvement*, 1-36. Acedido a 11 de Março de 2020. Disponível em:
<https://communityindicators.net/wp-content/uploads/2017/11/The-good-indicators-guide.pdf>
- Pilotto, A., & Martin, F. (2018). Comprehensive geriatric assesement. *Journal of American Medical Directors Association*, 5.
doi:https://doi.org/10.1097/01.jam.0000136959.15918.5d

- Pimentel, J. (1999). Reflexões sobre a avaliação de Programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica*, 17, pp. 143-152. Acedido a 17 de Fevereiro de 2020. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v17n1/v17n1a15.pdf>
- Pinto, A. P., & José, H. M. (2012). Hipertensão Arterial e adesão ao regime terapêutico nos cuidados de saúde primários. *Journal of Nursing*, pp. 1638-1647. doi: 10.5205/reuol.2255-18586-1-LE.0607201217
- Renom-Guiteras, A., Meyer, G., & Thürmann, P. (2015). The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 861-875. doi:10.1007/s00228-015-1860-9
- Ribeiro, B., & Silva, M. (2017). Auditoria de enfermagem e sua importância no ambiente hospitalar: uma revisão de literatura. *Refaci*, 2, pp. 1-25. Acedido a 9 de Outubro de 2019. Disponível em: <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/269>
- Ribeiro, C. (2014). Farmacologia no idoso. *Geriatrics Fundamental: Saber e praticar*, 119-135. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Roter, D., Narayanan, S., Smith, K., Bullman, R., Rausch, P., & Wolff, J. (2018). Family caregivers' facilitation of daily adult prescription medication use. *Patient Education and Counseling*, 101, pp. 908-916. doi: 10.1016/j.pec.2017.12.018
- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. (1996). *From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking*.
- Santos Cruz, R. (2017). Evolução do conceito de adesão à terapêutica. *Saúde & Tecnologia*, 18, pp. 11-16. Acedido a 22 de Junho de 2019. Disponível em: <https://web.estesl.ipl.pt/ojs/index.php/ST/article/viewFile/2041/1601>
- Santos, M., & Almeida, A. (2010). Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 149-162. Acedido a 21 de Maio de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a16.pdf>
- Seabury, S., Gupta, C., Philipson, T & Henkhaus, L. (2014). Understanding and overcoming barriers to medication adherence: A review of research priorities. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 20, pp. 775-783. doi:10.18553/jmcp.2014.20.8.775
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serrão, C. (2014). *Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade*. Projeto Literacia em Saúde.
- Silva, J., Soares, M., & Martins, S. (2012). *Reações Adversas a Medicamentos- Análise da base de dados do Sistema*. Lisboa: Infarmed.
- Silva, P., Luís, S., & Biscaia, A. (2004). Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Revista portuguesa de*

- SIMPATY. (2017). *Polypharmacy management by 2030: a patient safety challenge*. Acedido a 1 de Junho de 2019. Disponível em: http://www.simpathy.eu/sites/default/files/Managing_polypharmacy2030-web.pdf
- Soares, M., Fernandes-Llimós, F., Lança, C., Cabrita, J., & Morais, J.. (2008). Operacionalização para Portugal: Critérios de Beers de medicamentos inapropriados nos doentes idosos. *Acta Médica Portuguesa*, pp. 441-452. Acedido a 8 de Junho de 2019. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3776/1/Acta_Med_Port_%202008_21%285%29_441-452.pdf
- Sørensen, K., Stephan, V. d., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, pp. 1-13. Acedido a 9 de Fevereiro de 2020. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
- Sousa, S., Pires, A., Conceição, C., Nascimento, T., Grenha, A., & Braz, L. (2011). Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, pp. 176-182. doi:10.32385/rpmgf.v27i2.10838
- Soussou, R., Aleksejunienė, J., & Harrison, R. (2017). Waiting room time: An opportunity for parental oral health education. *Canadian Journal Public Health*, 14, pp. 251-256. doi: 10.17269/CJPH.108.5984
- Tran, A., Jeffery, S., & Nailor, M. (2016). Transition from volume to value: Medication management after hospital discharge in the elderly. *Conn Med*, 80, pp. 495-501.
- Varming, A., Hansen, U., Andrésdóttir, G., Husted, G., & Willaing, I. (2015). Empowerment, motivation, and medical adherence (EMMA): the feasibility of a program for patient-centered consultations to support medication adherence and blood glucose control in adults with type 2 diabetes. *Patient Prefer Adherence*, 9, pp. 1243-1253. doi:10.2147/PPA.S85528
- Veríssimo, M., Mota, A., Figueiredo, A., & Ribeiro, A.. (2014). *Geriatría fundamental saber e praticar*. Lisboa: LIDEL.
- Winterstein, A., Sauer, B., Hepler, C., & Poole, C. (2002). Preventable drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacother*, pp. 1238-1243. doi:10.1345/aph.1A225
- Zelko, E., Klemenc-Ketis, Z., & Tusek-Bunc, K. (2016). Medication adherence in elderly with polypharmacy living at home: A systematic review of existing studies. *Mater Sociomed.*, pp. 129-132. doi: 10.5455/msm.2016.28.129-132
- Zullig, L., Blalock, D., Dougherty, Henderson, R., Ha, C., Oakes, M., & Bosworth, H. (2018). The news landscape of medication adherence improvement: where

population health science meets precision medicine. *Patient Preference and Adherence*, pp. 1225-1230. doi: [10.2147/PPA.S165404](https://doi.org/10.2147/PPA.S165404)

ANEXO I

Escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6

ANEXO II

Escala Conhecimento sobre regime medicamentoso

GRT_regimeMedicamentoso_conhecimento

Data:

Hora:

Registrar Escala

Histórico

GRUPOS

Conhecimento sobre regime medicamentoso:

ITEMS DO GRUPO

*

Descreve a via de administração do medicamento

não

sim

*

Descreve o efeito pretendido com o medicamento

não

sim

*

Descreve efeitos secundários/interação do medicamento

não

sim

*

Descreve o armazenamento do medicamento

não

sim

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

77

ANEXO III

Escala Capacidade para gerir regime medicamentoso

GRT_regimeMedicamentoso_capacidade
Data:
Hora:

Registrar Escala
Histórico

GRUPOS
Capacidade para gerir regime medicamentoso

ITEMS DO GRUPO

- * Providencia/adquire o medicamento
 - não
 - sim
- * Ajusta horário e dose do medicamento
 - não
 - sim
- * Prepara o medicamento
 - não
 - sim

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

APÊNDICES

APÊNDICE I

Parecer da Comissão de Ética da ARS LVT

Exma. Senhora

Dr.ª Lina Isabel Fernandes

lina.ramos@arslvt.min-saude.pt

C/c:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

9030/CES/2019

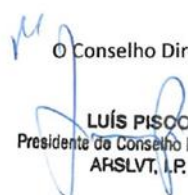
Assunto: A adesão ao regime medicamentoso na pessoa idosa e seu cuidador no domicílio.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação, do dia 10.11.2019, e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

APÊNDICE II

Consentimento Informado Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: A adesão ao regime medicamentoso na pessoa idosa e seu cuidador no domicílio.

Enquadramento: O presente estudo desenvolve-se no âmbito do Projeto de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa, na Escola Superior de Enfermagem do Lisboa, pela Investigadora Lina Isabel Jesus Ramos Fernandes, enfermeira, a desempenhar funções na Unidade de Saúde Familiar Arandis no ACeS Oeste Sul, orientado pela Professora Doutora Adriana Henriques, professora coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. É objetivo deste estudo: identificar determinantes de adesão ao regime medicamentoso da pessoa idosa e seu cuidador no domicílio.

Explicação do estudo: O estudo pretende conhecer a adesão à medicação, mediante a aplicação da escala de Medida de Adesão Terapêutica (MAT), disponível no SCLinic®, aos idosos inscritos em visita domiciliária e cuidador. O estudo inclui ainda a recolha de dados sociodemográficos, avaliação de atividades de vida diária, instrumental e cognitivo e capacidade e conhecimento do idoso e seu cuidador para gerir o regime medicamentoso.

A escala será aplicada presencialmente aos idosos e cuidadores no domicílio, alvo dos cuidados de enfermagem da USF Arandis, desde que aceitem participar no estudo.

São incluídos no estudo, os utentes com mais de 65 anos de idade, inscritos na USF Arandis, com qualquer grau de dependência, de acordo com a aplicação do Índice de Barthel; com prescrição médica de pelo menos de um medicamento; a residir na própria casa, ou de familiares, ou de família de acolhimento para idosos, devidamente acreditada pela Segurança Social, na área de abrangência geográfica da Unidade Funcional Arandis. Excluem-se os utentes a residir em lares privados ou IPSS e utentes em cuidados paliativos.

Condições e financiamento: O estudo será efetuado sem recurso a financiamento, não implicando custos financeiros para os idosos e seus cuidadores. O estudo será exclusivamente financiado pelo próprio investigador. A participação no estudo é de carácter voluntário, podendo o participante recusar ou cancelar a sua participação na investigação, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência prestada.

O presente estudo mereceu Parecer favorável da Comissão de ética para a Saúde da ARS LVT

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos serão confidenciais, e para uso exclusivo do presente estudo. Os contactos para recolha de dados serão realizados em ambiente de privacidade.

Lina Isabel Fernandes, Enfermeira, telm.967979449, endereço electrónico-linafernandes.13gmail.com

Assinatura/s: ...

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: ...

Assinatura: ...

Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE

NOME: ...

CC Nº: DATA ou VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

¹ http://portal.larsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinqia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

APÊNDICE III

*“Report”: Descrição do nome do Enfermeiro de Família ou de Referência no
SClinic®*

Exma. Dr.ª Rita Santos
Apoio Informático do CHO

Assunto: Descrição do nome do Enfermeiro de Família ou de Referência no SCLinic®

Perante a constatação da existência do parâmetro “Enfermeiro de Família” disponível em SCLinic®, o qual não está a ser mobilizado, pois não disponibiliza automaticamente o nome do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários adstrito a cada doente que recorre a esta instituição.

Vimos por este meio solicitar, para que seja possível aceder diretamente a este parâmetro, por forma a agilizar a comunicação segura e eficaz entre os dois níveis de cuidados, reforçando o preconizado pela norma nº 1/2017 de 08/02/2017 emitida pela DGS, que evidencia a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Segue em anexo os elementos que possam auxiliar na resolução deste ponto crítico detetado, de forma a que ocorra uma transição de cuidados com um elevado nível de qualidade.

Atenciosamente

Lina Fernandes (Enfermeira em Estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Vertente da Pessoa Idosa)

Raquel Batista (Enfermeira Especialista na Medicina B do CHO Torres Vedras)

Torres Vedras, 7 de Novembro de 2019

APÊNDICE IV

Guia Terapêutico



Número de Utente

[illegible]


____ / ____ / ____
____ / ____ / ____

Alergias a:



APÊNDICE V

Procedimento da Reconciliação Terapêutica

	Procedimento: Reconciliação Terapêutica	
	GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO	
Versão: 01	Data elaboração: 31/10/2019	Aprovado a:
Revisão: 00	Elaborado por: Lina Fernandes	Reunião de:
		Data última revisão:
		Data validade:
TIPO PROCEDIMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Aprovisionamento/Manutenção <input type="checkbox"/> Formação <input checked="" type="checkbox"/> Higiene e segurança <input type="checkbox"/> Comunicação interna/externa		
ÂMBITO		
<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Secretários Clínicos <input checked="" type="checkbox"/> Farmacêuticos <input checked="" type="checkbox"/> Enfermeiros <input type="checkbox"/> Assistente Operacional <input checked="" type="checkbox"/> Médicos		
OBJECTIVOS		
<p>Aumentar a segurança na utilização da medicação, através de práticas seguras na transição de cuidados, de forma a evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas.</p> <p>Promover a adesão medicamentosa, e por consequente, contribuir para a diminuição dos internamentos, iatrogenia e sobredosagem medicamentosa.</p>		
RESPONSABILIDADES		
Todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de reconciliação terapêutica: médicos, enfermeiros e farmacêuticos		
DEFINIÇÕES		
<p>A Reconciliação Terapêutica (RT) é um processo multidisciplinar centrado no doente, que consiste na identificação da lista mais precisa de toda a terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, que um doente está a tomar, incluindo o nome, a dosagem, a frequência, a via e a finalidade. Marquis(2014)</p> <p>A RT é um instrumento que consiste numa constante atualização da lista de medicamentos do doente, por comparação da terapêutica prévia com a instituída em cada momento da avaliação médica.</p> <p>A Adesão é a ação autoiniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.</p> <p>Frequentemente associada ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente. (Ordem dos Enfermeiros, 2012) pág.38</p> <p>Segurança na medicação são atividades para evitar, prevenir ou corrigir incidentes que podem resultar do uso de medicamentos.</p>		

Alergia é uma reacção anormal do organismo que responde de forma exagerada ao entrar em contacto com substâncias provenientes do exterior. Estas substâncias chamam-se alérgenos. Uma reacção alérgica é então uma tentativa de defesa exagerada ou de hipersensibilidade do sistema imunológico. Relativamente a alergia medicamentosa, é uma reacção alérgica que envolve a ativação do sistema imune pelo medicamento.

SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS- Direção Geral de Saúde
GRT- Gestão Regime Terapêutico
MHPM- Melhor História Possível da Medicação
RT – Reconciliação Terapêutica

CONTEÚDO

A RT é um instrumento fundamental para reduzir os erros de medicação na transição entre níveis de cuidados. Evidenciando-se no momento de Admissão Hospitalar, quando o profissional de saúde obtém a MHPM.

Esta é composta por **cinco** etapas, sendo a primeira a obtenção da MHPM antes da admissão Hospitalar (inclui medicamentos à base de ervas,...); validação da lista de medicamentos descritos na Avaliação Inicial com a recolhida junto da família ou prestador de cuidados; identificação das discrepâncias entre as duas listas (se possível, a comparação com as embalagens dos medicamentos que o utente se encontrava a fazer antes da admissão no hospital); descrição na avaliação Inicial da medicação após correção e por último, e não menos importante, o providenciar uma cópia da lista da medicação atualizada no momento da alta ao utente/ família ou prestador de cuidados, informando-o sempre das alterações efetuadas.

No decorrer deste processo, revela-se de extrema importância validar o conhecimento e a capacidade do doente e ou seu cuidador para a gestão da medicação.

O conhecimento sistematizado da medicação de cada pessoa idosa é um contributo indispensável para a segurança da mesma, atendendo ao facto de a população portuguesa ser cada vez mais idosa, maioritariamente polimedicada e sujeita a transferências frequentes de tipologia de cuidados de saúde (Martins, Pires e Santos,2017)

OPERACIONALIZAÇÃO (vertente de enfermagem)

O enfermeiro deve:

- ✚ Colaborar com a equipa médica na recolha da informação necessária para complementar a MHPM junto do cuidador ou família. E na identificação de possíveis alergias.
- ✚ Registar em SClínic® a avaliação do Diagnóstico: "Gestão do Regime Terapêutico" e intervenções associadas.
- ✚ Elaborar a carta de alta de enfermagem, com a informação mais pertinente e concisa, respeitando os elementos necessários para assegurar uma comunicação eficaz, enunciados na Norma da DGS nº001/2017.
- ✚ Registar em SClínic®, a entrega da carta de alta, na intervenção: "Providenciar material de leitura sobre gestão do regime terapêutico.
- ✚ Estabelecer contato com o enfermeiro de referência do ACeS Oeste Sul, sempre que exista compromisso da gestão do regime medicamentoso.
- ✚ Notificar no portal RAM, sempre que ocorra uma suspeita de reação adversa a um medicamento no doente internado

IMPRESSO ASSOCIADO

AValiação DO PROCEDIMENTO

Periodicidade: Semestral
Metodologia: Auditoria

REFERENCIAS

- MARQUIS. (2014). Marquis Implementation Manual: A guide for medication reconciliation quality improvement.
- Martins, A. J., Pires, J., & Santos, S. (2017). Adesão ao regime medicamentoso antes e após intervenção de sensibilização terapêutica. *Revista de Enfermagem Referência*, 9–16.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais, 66, 37–39.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE versão 2015.

APÊNDICE VI

Proposta de Check list: Auditoria à Reconciliação Terapêutica

AUDITORIA INTERNA

RECONCILIAÇÃO TERAPÉUTICA- Gestão do Regime Terapêutico

Período da auditoria

Equipa auditadora:				
Nome		Função		Observação
Intercorrências ao Plano de Auditoria				
Critérios Auditados - Enfermagem				
Nº	Descrição	Nº de Constatações		
		C	NC	NA
1.	Evidência na Avaliação Inicial do preenchimento no campo “Registo de Alergias”			
2.a)	Evidência na Avaliação Inicial do preenchimento no campo “Medicação Habitual” (no 1º contato)			
2.b)	Evidência na Avaliação Inicial do preenchimento no campo “Medicação Habitual” (após contato com o principal cuidador ou família sobre os medicamentos que o doente estava a tomar previamente ao momento da admissão no hospital)			
3.	Evidência do Foco de Atenção e Diagnóstico “ Avaliação da Gestão do Regime Terapêutico” aberto			
4.	Evidência do registo do Foco de Atenção e Diagnóstico “ Capacidade para gerir o regime medicamentoso”			
5.	Evidência do registo do Foco de Atenção e Diagnóstico “Conhecimento sobre regime medicamentoso”			
6.	Evidência do registo do Foco de Atenção e Diagnóstico “Adesão ao Regime Terapêutico”			
7.	Evidência do registo no Foco de Atenção e Diagnóstico “Suporte” a referenciação para o elo de ligação na transição de cuidados de saúde			
8.	Evidência do registo da descrição na Carta de Alta da terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída para o ambulatorio por DCI, com menção da posologia e indicação da terapêutica suspensa se aplicável.			
9.	Evidência do registo na intervenção diagnóstica “Providenciar material de leitura sobre gestão do regime terapêutico” no momento da alta			
10.	Evidência de registo de notificação de reação adversa ao medicamento no portal de notificação RAM se aplicável			
	Total			
	%			

NC – Não Conformidade; C – Conformidade; NA- Não aplicável

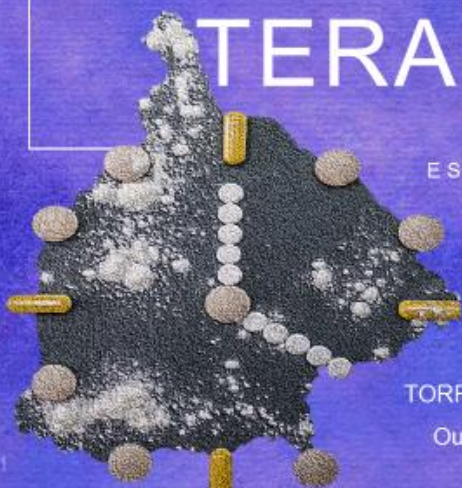
Critérios	C	NC	Comentários/Sugestões de Oportunidade/Ações corretivas a implementar e respetivos prazos

Adaptado da Norma da DGS nº18/2016 de 30/12/2016

APÊNDICE VII

Sessão de Formação: Reconciliação Terapêutica

RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA



LINA FERNANDES
ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA VERTENTE IDOSO

ORIENTADORA ESTÁGIO
RAQUEL BAPTISTA

ORIENTADORA TUTORIAL:
ADRIANA HENRIQUES

TORRES VEDRAS

Outubro 2019

SUMÁRIO



<https://www.google.pt/search?q=medicamentos&xsrf>

ENQUADRAMENTO

CONCEITO E ETAPAS DA RECONCILIAÇÃO
TERAPÊUTICA

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

REGISTO DE ENFERMAGEM

CARTA DE ALTA

FINALIDADE DA RECONCILIAÇÃO
TERAPÊUTICA

CONCLUSÃO

BIBLIOGRAFIA



O aumento da esperança de vida e a melhoria dos cuidados de saúde, têm conduzido a um envelhecimento gradual da população e consequentemente, ao aumento da prevalência de doenças crónicas e ao **aumento da quantidade de medicamentos consumidos**.

Inúmeros estudos realizados comprovam que o aumento do consumo de medicamentos vem acompanhado com o aumento do aparecimento de **Eventos Adversos relacionados com Medicamentos (EAM)**, representando um risco grave para a saúde dos doentes.


O estudo **EVADUR** de 2010, realizado nos Serviços de Urgência em Espanha, revelou que 12% dos doentes que recorreram ao SU sofreram um EAM, dos quais 70% eram evitáveis.

<https://www.google.pt/search?q=medicamentos&xsrf>

3

A **OMS** estima que cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação.

(DGS,2015)



Segundo o estudo Europeu **SIMPATY** (Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in The Elderly) de 2017, ocorrem cerca de 1 milhão de hospitalizações não planeadas, devido a eventos adversos por medicação na Europa todos os anos.

(SIMPATY, 2017)

O estudo realizado pela **Universidade de Coimbra**, descreve que "cerca de 40% das pessoas portuguesas que toma 5 ou mais medicamentos, não o faz de forma apropriada, e praticamente metade das hospitalizações que acontecem devido a medicação excessiva seriam evitáveis se existisse um plano de revisão da polifarmácia".

Fonte: https://www.uc.pt/fmuc/destaques/Polimedicacao_Simpaty

4

As **pessoas idosas** são mais vulneráveis e costumam usar **muitos medicamentos**, com um **risco alto de reações adversas** a medicamentos e hospitalização.

(Caleres, Bondesson, Midlöv, & Modig, 2018)



A **prescrição segura e eficaz** para o idoso depende da compreensão das alterações relacionadas à idade que afetam a **farmacodinâmica** e a **farmacocinética** dos medicamentos.

(Hoskins, 2011)

As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento, tem repercussões na **ingestão, absorção, distribuição, metabolização e eliminação** dos medicamentos. Estes processos, não sendo lineares, dada a heterogeneidade e singularidade do envelhecimento, afetam significativamente todo o **processo medicamentoso**.

(Martins, Pires, & Santos, 2017)

5



<https://www.google.pt/search?q=medicamentos&xxx/rf>

AS REAÇÕES ADVERSAS TÊM ELEVADA INCIDÊNCIA NO IDOSO ESTIMANDO-SE QUE ENTRE **10 A 20%**, SÃO

RESPONSÁVEIS POR CERCA DE **10%** DOS INTERNAMENTOS, OS QUAIS SÃO MAIS PROLONGADOS, COM A PROBABILIDADE DE AUMENTAR DUAS VEZES O RISCO DE MORTE.

(Verissimo, Mota, Figueiredo & Ribeiro, 2014)

6

Em 2017, registaram-se **1,2 milhões** de internamentos nos hospitais portugueses (mais 3,4 mil internamentos que em 2016). A duração média de internamento foi de **8,9 dias**.

(INE, 2019)



Nos idosos, as principais causas de internamento relacionados com medicamentos são: **má adesão por esquecimento; efeitos adversos; percepção de que o medicamento não é necessário; confusão com medicamentos e custos.**

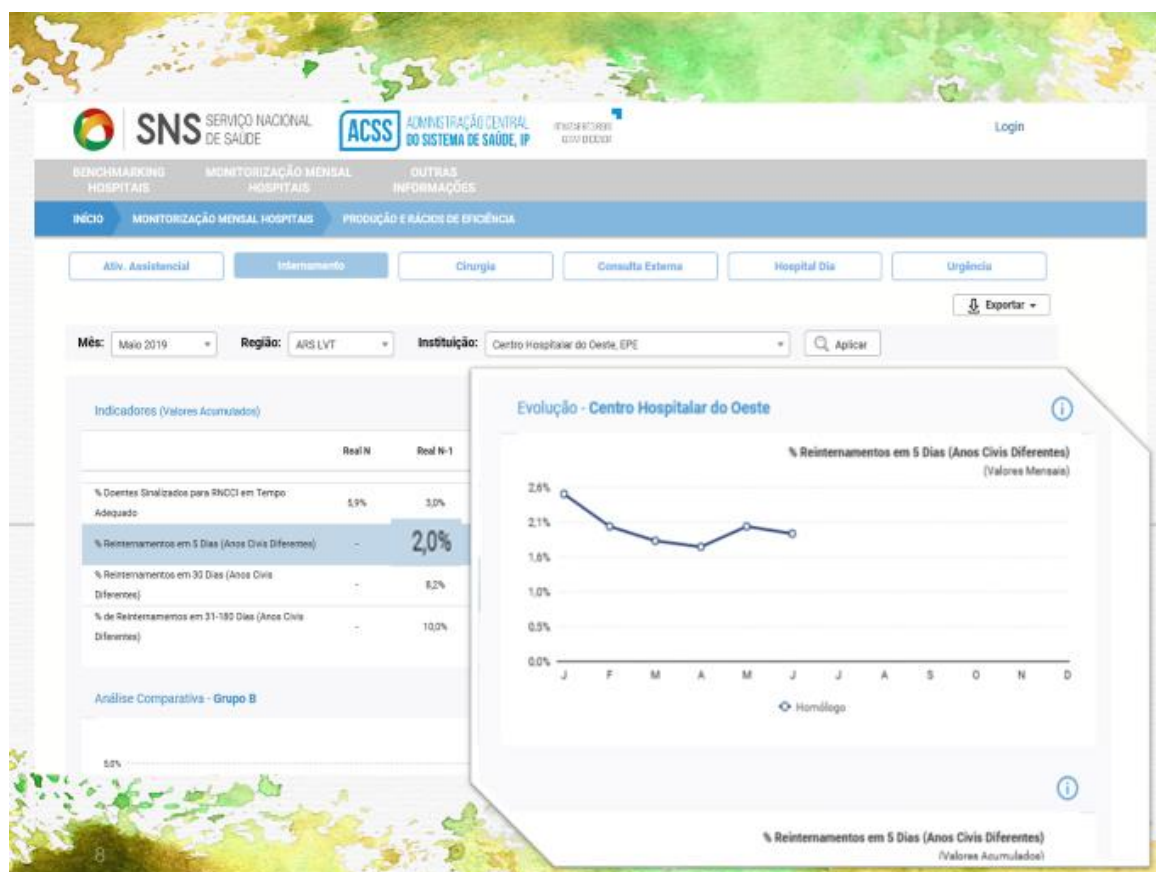
(Teixeira, 2015)


Segundo dados do INFARMED, de Janeiro a Junho de 2019, o SNS já apresenta uma despesa de medicamentos de **768,4 Milhões de Euros**.

Fonte: <https://www.infarmed.pt/>

Dados da PORDATA, revelam ainda que em 2018 foram despendidos **1.255 Milhões de Euros** no SNS com encargos com medicamentos em Portugal Continental.

Fonte: <https://www.pordata.pt/>





<https://www.google.pt/search?q=medicamentos&xsrf>

Problemas de comunicação em pontos de transição assistencial dos doentes, como o internamento, transferência ou alta de uma unidade hospitalar, revelam-se especialmente críticos.


Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4 - AUMENTAR A SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO.
A polimedicação é, portanto, uma realidade frequente na sociedade dos nossos dias, resultado da presença de inúmeras comorbilidades associadas à doença crónica, em especial no doente idoso.

FONTE: Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015



REPÚBLICA PORTUGUESA



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE




DGS
Direção Geral da Saúde

NÚMERO: 018/2016
DATA: 30/12/2016
ASSUNTO: Reconciliação da medicação
PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; segurança na medicação; reconciliação
PARA: Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)





REPÚBLICA PORTUGUESA



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



DGS
Direção Geral da Saúde

NÚMERO: 001/2017
DATA: 08/02/2017
ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde
PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR
PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

NORMA
Francisco Henriques Moura George

<p>I Identificação</p> <p>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a quem se dirige a comunicação</p>	<p>a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significante/cuidador informal.</p>
<p>S Situação Atual/Causa</p> <p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<p>a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.</p>
<p>B Antecedentes/Anamnese</p> <p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretos ou indiretos de vontade</p>	<p>a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.</p>
<p>A Avaliação</p> <p>Informação sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p>	<p>a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</p>

RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA



<https://www.google.pt/search?q=medicamentos&xsrf>

A **RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA** consiste no processo de análise da medicação de um doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação.

A **Reconciliação Terapêutica** é reconhecida como uma solução importante para a segurança do doente, em especial para a prevenção de erros de medicação.

(Marquis, 2014)

11

PROCESSO DE RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA



Obter a **Melhor História Possível da Medicação** antes da admissão Hospitalar (inclui medicamentos à base de ervas,...)

Validar a lista de medicamentos descritos na **Avaliação Inicial** com a recolhida junto da família ou prestador de cuidados

Identificar as **discrepâncias** entre as duas listas

Descrever na avaliação Inicial a medicação **após correção**

Providenciar uma cópia da lista da medicação atualizada no momento da alta ao utente/família ou prestador de prestador de cuidados. **Informando** as alterações efetuadas.



12

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO



DIAGNOSTICAR

- Avaliação do Diagnóstico "Gestão do Regime Terapêutico"

VALIDAR

- A capacidade e o conhecimento do doente para gerir o regime medicamentoso
- A Melhor História Possível da Medicação (Avaliação Inicial)

ARTICULAR COM A FAMÍLIA E EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NOS DIFERENTES NÍVEIS DE CUIDADOS DE SAÚDE

- Envolver a família na dinâmica
- Providenciar material de leitura (Carta de Alta)
- Referenciar para os diferentes profissionais de saúde

13

O ENFERMEIRO E A SUA IMPORTÂNCIA NA RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA

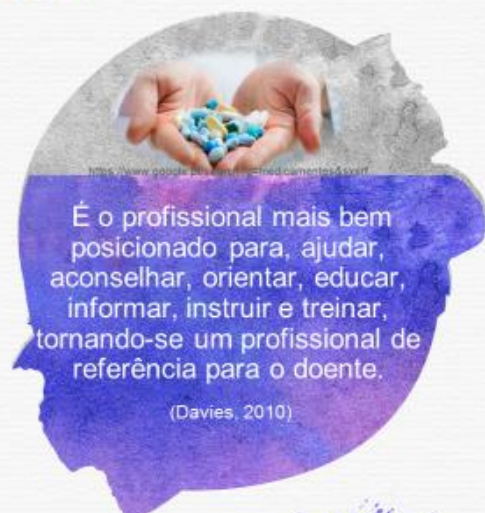


Artigo 6.º

Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados

1. As competências do enfermeiro de cuidados gerais no domínio da prestação e gestão de cuidados são:

- Actua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados;
- Contribui para a promoção da saúde;
- Utiliza o Processo de Enfermagem;
- Estabelece comunicação e relações interpessoais eficazes;
- Promove um ambiente seguro;
- Promove cuidados de saúde interprofissionais;




14

GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

ADESÃO: ação autoiniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; **toma os medicamentos como prescrito**; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, **procura os medicamentos na data indicada**, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.

(Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, **conhecimento sobre os medicamentos** e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).

(Ordem dos Enfermeiros, 2012) pág.38



The image shows the front cover of a book titled 'CIPE - Versão 2015'. The cover is white with blue wavy lines at the bottom. It features the text 'CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM' at the top, followed by 'CIPE' in large blue letters and 'Versão 2015' below it. There are two circular logos on the left side: the top one is the logo of the Ordem dos Enfermeiros (Portuguese Nursing Order) and the bottom one is the logo of the Associação Portuguesa de Enfermeiros de Saúde Primária (APES).

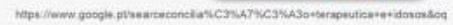
(Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, **conhecimento sobre os medicamentos** e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).

(Ordem dos Enfermeiros, 2012) pág.38

[illegible]

<https://www.google.pt/search?cencilia%3C%A7%G2%A3%rnaponica+e+doves6>

Gestão do Regime Terapêutico		Fenômenos Usados
Opções de diagnóstico		
<input checked="" type="checkbox"/>	Gestão do regime terapêutico comprometido	
<input checked="" type="checkbox"/>	Sem gestão do regime terapêutico comprometido	
<input type="checkbox"/>	Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso	
<input type="checkbox"/>	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso	
<input type="checkbox"/>	Conhecimento sobre regime medicamentoso	
<input type="checkbox"/>	Conhecimento sobre regime de exercício	
<input type="checkbox"/>	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício	
<input type="checkbox"/>	Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício	
<input type="checkbox"/>	Sem potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético	
<input type="checkbox"/>	Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético	
<input type="checkbox"/>	Conhecimento sobre regime dietético	
<input type="checkbox"/>	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso	
<input type="checkbox"/>	Capacidade para gerir o regime medicamentoso	
<input type="checkbox"/>	Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso	
<input type="checkbox"/>	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime de exercício	
<input type="checkbox"/>	Capacidade para gerir o regime de exercício	
<input type="checkbox"/>	Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime de exercício	
Opções de foco de atenção		
Def	Verif	
0	0	



gestão do regime terapêutico comprometida

Todos

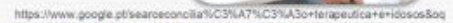
- Compromisso
 - Não Comprometido
 - Comprometido**

Intervenções suportadas face ao diagnóstico	Active
Ensinar sobre padrão de exercício	<input type="checkbox"/>
Ensinar sobre padrão de repouso	<input type="checkbox"/>
Ensinar sobre recursos da comunidade	<input type="checkbox"/>
Ensinar sobre regime medicamentoso	<input type="checkbox"/>
Gestir grupo de apoio / suporte	<input type="checkbox"/>
Gestir regime medicamentoso	<input checked="" type="checkbox"/>
Incentivar adesão ao regime medicamentoso	<input type="checkbox"/>
Incentivar adesão ao regime terapêutico	<input type="checkbox"/>

Horários

Intervenções activas referentes ao diagnóstico anterior	Termo
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

17



Avaliar capacidade para gerir o regime medicamentoso

19-10-2019 14:11

19-10-2019 14:11

Item / Descrição

Observações

Grupo

Score

Score total

Resca



<https://www.google.pt/search?q=concilia%C3%A7%C3%A3o+terap%C3%A9utica+idosos&oeq>

GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso

Grupos da escala / Item

Conhecimento sobre regime medicamentoso

Descreve a via de administração do medicamento

Descreve o efeito pretendido com o medicamento

Descreve efeitos secundários/interação do medicamento

Descreve o armazenamento do medicamento

Item / Descrição

Data/Hora 15-10-2019 10:02

19



<https://www.google.pt/search?q=concilia%C3%A7%C3%A3o+terap%C3%A9utica+idosos&oeq>

GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Intervenções Medicação Atitudes Terapêuticas Análises Exames

Tipo Fenómenos e atitudes terapêuticas Gestão do Regime Terap.

Já planeados

Incentivar envolvimento do prestador de cuidados

Providenciar material de leitura sobre gestão do regime terapêutico

Avaliar gestão do regime terapêutico

Ensinar sobre regime medicamentoso

Gestir regime medicamentoso

Incentivar adesão ao regime medicamentoso

Data Hora Especificação Exec

13-10-2019 15:03 Sobrinha E Imã

Horário SOS Outros Horários Nova registo Editável

20

No momento da admissão, um profissional de saúde obtém a Melhor História de Medicação Possível (MHMP). A MHMP é a lista mais precisa da medicação que o doente deve estar a tomar e inclui os medicamentos que o doente está efetivamente a tomar no momento imediatamente anterior à admissão. Esta lista deve ser documentada e atualizada durante o internamento, se existir mais informação disponível.

(Marquis, 2014)

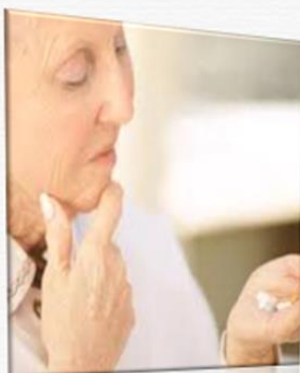


https://www.google.pt/search?biw=2133&bih=1013&btm=sch&xxsf=ACYBGNR3U8TDFUKVGMQ2kskE+hQr_g2yQ%3A1574014605211&sa=1&ei=Y7RXcNDfH9gweOqKABA&q=medicamentos++idosos&oeq

O Resumo na carta de alta da descrição da medicação neutraliza efetivamente os problemas que possam estar relacionados com os medicamentos nos utentes, em particular na pessoa idosa, devido à transferência insuficiente de informações na transição de cuidados.

(Caleres, Bondesson, Midlöv, & Modig, 2018)

21



No momento da alta, deve ser entregue ao doente/família/prestador de cuidados, uma **lista** precisa e informação/educação adequadas relativamente ao regime terapêutico, incluindo o **nome, dosagem, frequência, via, finalidade e a duração**.

Qualquer nova medicação, mudança na dose ou frequência e medicação que foi cancelada deve ser claramente identificada e explicada.

A importância de manter atualizada a lista de medicação deve ser explicada ao doente/família/prestador de cuidados.

(Marquis, 2014)

https://www.google.pt/search?biw=2133&bih=1013&btm=sch&xxsf=ACYBGNR3U8TDFUKVGMQ2kskE+hQr_g2yQ%3A1574014605211&sa=1&ei=Y7RXcNDfH9gweOqKABA&q=medicamentos++idosos&oeq

22

A falta de **comunicação e transferência de informações** nas transições de cuidados contribui para erros de medicação.

(Caleres, Bondesson, Midlöv, & Modig, 2018)

A CARTA DE ALTA COM O RELATÓRIO DA MEDICAÇÃO AUMENTA A ADEÇÃO TERAPÊUTICA



<https://www.google.pt/search?oeq=215&oeq=1013&oeq=sch&oeq=f=ICYSCHR3L8TEFLKVCm2a2kssEvhQp2yQ%3A1574014005211&oeq=1&oeq=V7R0cNDVHfQgwOqKAB&oeq=medicamentos+idosos&oeq>

O aumento do conhecimento na transferência e o uso apropriado das informações pode **ajudar a melhorar as transições** de cuidados, principalmente para os doentes idosos, que apresentam **alto risco** de erros de medicação e reações adversas a medicamentos.

(Caleres, Bondesson, Midlöv, & Modig, 2018)

23

FINALIDADE DA RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA



- Segurança** – evitar prescrições com discrepâncias, reduzindo/prevenindo potenciais EAM
- Comunicação** - acompanhamento da lista de medicação em todos os contatos com os profissionais de saúde
- Adesão à terapêutica** – aumenta o conhecimento e a participação do doente no tratamento
- Eficiência**- uniformização e centralização da informação da medicação do doente, em qualquer nível de saúde

24

CONCLUSÃO

A intervenção ativa do **enfermeiro** na reconciliação terapêutica, e simultaneamente na literacia da terapêutica, em articulação com os restantes profissionais de saúde envolvidos neste processo (médico e farmacêutico), irá promover a redução de discrepâncias, de erros com a medicação e de efeitos adversos, que causam impacto na saúde do doente e a nível socioeconómico.



SEGURANÇA



COMUNICAÇÃO



PARTICIPAÇÃO

O **enfermeiro** irá fomentar a capacitação da gestão do regime medicamentoso no utente, promovendo um aumento da adesão terapêutica e a uma diminuição do risco de eventos adversos

25



26



Obrigado...

27

BIBLIOGRAFIA

- Clyne, W., White, S., & McLachlan, S. (2012). Developing consensus-based policy solutions for medicines adherence for Europe: A delphi study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-425>
- DB, M., & EA, M. (2010). Medication use among older adults in a home care setting. *Home Healthcare Nurse*, 28(1), 14–23. <https://doi.org/10.1097/01.NHH.0000366791.48658.d2>
- Delgado, Artur;Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(2), 81–100.
- Flynn, A. J., Klasnja, P., & Friedman, C. P. (2014). MedMinify: An Advice-giving System for Simplifying the Schedules of Daily Home Medication Regimens Used to Treat Chronic Conditions. *AMIA ... Annual Symposium Proceedings. AMIA Symposium*, 2014(Sd 14), 1728–1737. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25954445>5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4420013
- Hoskins, B. (2011). Safe prescribing for the elderly. *The Nurse Practitioner*, 36, No12, 46–52.
- INE. (2019). INE - Estatísticas da Saúde 2017. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320460040&PUBLICACOESmodo=2
- Leblanc, R. G. (2015). Optimizing Medication Safety in the home, (June), 313–319.
- MARQUIS. (2014). Marquis Implementation Manual: A guide for medication reconciliation quality improvement.
- Martins, A. J., Pires, J., & Santos, S. (2017). Adesão ao regime medicamentoso antes e após intervenção de sensibilização terapêutica. *Revista de Enfermagem Referência*, 9–16.

29

APÊNDICE VIII

Check list: Auditoria à Adesão ao Regime Medicamentoso na Visitação Domiciliária



AUDITORIA INTERNA

ADESÃO TERAPÉUTICA- Regime Medicamentoso

Período da auditoria:

Equipa auditora:				
Nome		Função	Observação	
Lina Fernandes		Enfermeira Estagiária do Mestrado em Enfermagem da Especialidade Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa	Sob a Orientação da Professora Dra Adriana Henriques e do Enf.º Fernando Godinho	
Intercorrências ao Plano de Auditoria				
Critérios Auditados - Enfermagem				
Nº	Descrição	Nº de Constatações		
		C	NC	NA
1.	Existência de registo na Avaliação Inicial, no ítem “Antecedentes Pessoais” o uso de medicamentos			
2.	Evidência do Foco de diagnóstico “ Avaliar adesão ao regime terapêutico”			
3.	Registo do diagnóstico “ Avaliar adesão ao regime medicamentoso”			
4.	Registo da Capacidade para gerir o regime medicamentoso			
5.	Registo do Conhecimento sobre regime medicamentoso			
6.	Registo da Intervenção de Enfermagem “ Incentivar adesão ao regime medicamentoso”			
7.	Registo da Intervenção de Enfermagem: “Ensinar sobre regime medicamentoso”			
8.	Registo da Intervenção de Enfermagem: “Ensinar sobre medicamentos”			
9.	Registo da Intervenção de Enfermagem: “ Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso”			
Total				
%				


NC – Não Conformidade; C – Conformidade; NA- Não aplicável


Critérios	C	NC	Comentários/Sugestões de Oportunidade/Melhorias e respetivos prazos

COMENTÁRIO FINAL:



APÊNDICE IX

*Sessão de Formação: Adesão ao Regime Medicamentoso na Pessoa Idosa e seu
Cuidador*





Adesão ao Regime Medicamentoso na Pessoa Idosa e seu Cuidador

Lina Fernandes
Estagiária do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa

Orientadora:
Professora Doutora Adriana Henriques

Orientador - Estágio:
Enf.º Especialista Fernando Godinho

**Torres Vedras
Janeiro, 2020**

Objectivos

- Aprofundar os conhecimentos da equipa multidisciplinar (médico e enfermeiro) sobre a adesão ao regime medicamentoso
- Apresentar o Guia Terapêutico a implementar na USF Arandis na Visitação Domiciliária
- Debater estratégias para a implementação do Guia Terapêutico na USF Arandis

1



https://www.google.pt/search?biw=1600&bih=760&itbm=ic&isof=ACYBGNCphdSPjGAcrrWAYnu/WB2f1WduPw/SA1576101219214&sa=1&ei=Y26x6dZNDK-bjLpY_almAQ&q=imagem+medicamentos+e+adesao&oq=

A população mundial está a **envelhecer** e todos os países do mundo estão a assistir a um **crescimento** na proporção de pessoas idosas da sua população.

Globalmente, o número de pessoas com **80 anos ou mais** deverá **triplicar até 2050** passando de 137 milhões, em 2017, para 425 milhões em 2050. Fonte: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Envelhecimento ...um desafio



Portugal

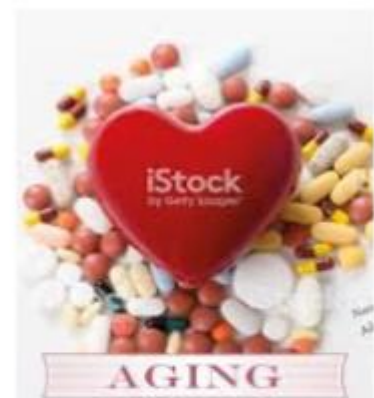
A proporção de idosos é superior à da UE 28, sendo o **3º país** com maior percentagem de idosos, apresentando em 2017 19,7% de população idosa. Fonte: [EUROSTAT](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&code=sdg-8-8-10)

O número de idosos passará de **2,2 milhões** em 2018 para **2,8 milhões** em 2080. Fonte: <https://www.inec.pt>

O **índice de Envelhecimento** em Torres Vedras representava **150%** em 2018, enquanto em 2017 o valor era de **146%**. Fonte: <https://www.portdata.pt/DB/Municipios>

O **envelhecimento** populacional está a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações aos diferentes níveis.

Para este **aumento** da população idosa, muito contribuiu a **melhoria do acesso aos medicamentos** tanto a nível da prevenção, como do controlo e tratamento de doenças ...



Os **progressos tecnológicos** da medicina e, de uma forma geral, a **melhoria das condições socioeconómicas** contribuíram para o **aumento da longevidade** da população, ao que se associa uma maior prevalência das doenças crónicas. (Sequeira, 2018)

1

Práticas inseguras no uso dos medicamentos e erros de medicação são uma das principais causas de lesões e danos evitáveis nos sistemas de saúde em todo o mundo. Globalmente, o custo associado a erros de medicação foi estimado em US \$ 42 bilhões anualmente.

Fonte: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety>



2

Estima-se que a não adesão aos medicamentos custa à União Europeia 125 mil milhões anualmente.

(SIMPATY, 2017)

4

Segundo dados do **INFARMED** de Janeiro a Junho de **2019**, o SNS já apresentava uma despesa em medicamentos de **768,4** Milhões de Euros.

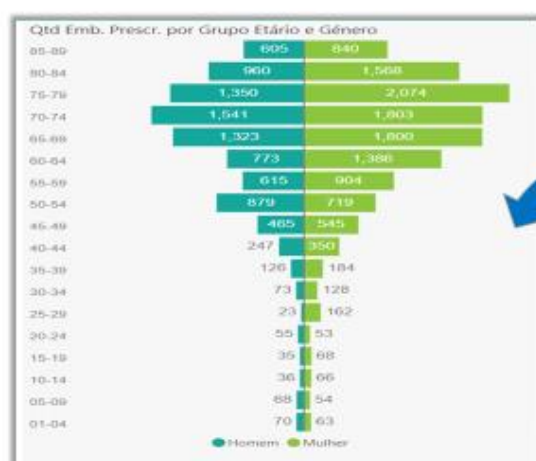
Fonte: <https://www.infarmed.pt/>

3

Em **2018** foram vendidas em Portugal **161 milhões** de embalagens de medicamentos, **mais quatro milhões** do que em **2017** e **mais 21 milhões** do que em **2011**.

Fonte: <https://expresso.pt/sociedade/2019-10-10>

4



MEDICAMENTO

Ano	Mes	ARS (Local Prescrição)	ALUS/CRUSA	Unid. Utilização
2019	2019-10	ARS01	Ceste Sul	USF Arandis

Fonte: <http://bicsp.min-saude.pt/>



5

A escala global da **não adesão** é comparada a uma **grande epidemia** e, portanto, requer atenção e comprometimento contínuo dos profissionais de saúde, de estratégias políticas e de investigação. (WHO,2003)

Consequências da Não-Adesão



6



<https://www.google.pt/search?xerf=ACYBGNTTNQgfgriLTZx5gZGjky-FzMTqbw:1575841109750&q=medicamentos>

A **Baixa Adesão** além de contribuir para uma estimativa de **200.000** mortes prematuras, aumenta as hospitalizações evitáveis, o atendimento de emergência e as consultas externas

(OCDE, 2017)

A não adesão ao tratamento provoca **complicações médicas e psicológicas** da doença, **reduz a qualidade** de vida dos doentes, **aumenta** a probabilidade de desenvolvimento de **resistência** aos fármacos, **desperdiça recursos de cuidados de saúde** e desgasta a confiança do público nos sistemas de saúde.” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009, pág.32)

7

Adesão à Terapêutica



O Conceito de Adesão à Terapêutica tem verificado uma evolução, apoiado em 3 conceitos: “**compliance**”, “**adherence**” e “**concordance**”.

Em que o objectivo maior da “concordance” é **otimizar o ganho de saúde com o melhor uso de medicamentos**, compatível com o que o utente deseja e é capaz de alcançar. (Royal et al, 1996)

O termo adesão ou “adherence” surge como o mais apropriado e atual, pois pressupõe **o papel da pessoa idosa e/ou cuidador na gestão da sua medicação**, em que o mesmo se encontra envolvida nas decisões do controlo da sua saúde e doença. (Royal et al, 1996)

Adesão à medicação pode descrever-se como o **processo pelo qual o utente toma a medicação prescrita**. (Zullig et al, 2018)

8



Fonte: (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009, pág.33)

Adesão ao Regime Medicamentoso

ADESÃO: “ação autoiniciada para promoção do bem estar, recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; **toma os medicamentos como prescrito**;...**procura os medicamentos** na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.

(Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, **conhecimento sobre os medicamentos** e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)*.

(Ordem dos Enfermeiros, 2012, pág.38)



9



31%

das pessoas idosas com multimorbilidades não aderem à sua medicação.

(Kim et al, 2018)

A adesão a múltiplos medicamentos é de apenas **50%** para aqueles que tomam 4 ou mais medicamentos.

(SIMPATY, 2017)

As soluções para **aumentar a adesão** devem ser seleccionadas após uma **avaliação inicial das necessidades individuais** de cada pessoa idosa e seu cuidador.

10

A Escala da **Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)**, consiste num instrumento para **diagnosticar as causas da adesão** e sua monitorização, tendo como principal característica a identificação dos fatores comportamentais e de atitude.

(Morisky, 1986)



<https://www.google.pt/search?btn=isch&asxrf=ACYBGNTSnc8t6V9sRkyGvZArw7IRCw:1575580816684&q=medica%>

adesãoRegimeMedicamentoso

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Medida de adesão aos tratamentos

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos prescritos?	nunca
Alguma vez foi descuidado com as horas de toma dos medicamentos (prescritos)?	nunca
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se ter sentido melhor?	nunca
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	nunca
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos, por sua iniciativa após se ter sentido pior?	nunca
Alguma vez interrompeu a terapêutica por ter deixado acabar os medicamentos?	nunca
Alguma vez deixou de tomar medicamentos por alguma razão que não seja a indicação do médico?	nunca

ITEMS DO GRUPO

- * [ALGUMA VEZ SE ESQUECEU DE TOMAR OS MEDICAMENTOS PRESCRITOS?]
 - sempre
 - quase sempre
 - com frequência
 - por vezes
 - raramente
 - nunca
- * [ALGUMA VEZ FOI DESCUIDADO COM AS HORAS DA TOMA DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS?]
- * [ALGUMA VEZ DEIXOU DE TOMAR OS MEDICAMENTOS POR SE TER SENTIDO MELHOR?]
- * [ALGUMA VEZ DEIXOU DE TOMAR OS MEDICAMENTOS, POR SUA INICIATIVA, APÓS SE TER SENTIDO PIOR?]
- * [ALGUMA VEZ TOMOU MAIS UM OU VÁRIOS COMPRIMIDOS, POR SUA INICIATIVA APÓS SE TER SENTIDO PIOR?]
- * [ALGUMA VEZ INTERROMPEU A TERAPÊUTICA POR TER DEIXADO ACABAR OS MEDICAMENTOS?]
- * [ALGUMA VEZ DEIXOU DE TOMAR MEDICAMENTOS POR ALGUMA RAZÃO QUE NÃO SEJA A INDICAÇÃO DO MÉDICO?]

GRUPOS DE SCORE

Grupo

Medida de adesão aos tratamentos

Fonte: SClinic versão 3.3

11

O **conhecimento** do utente sobre os medicamentos, juntamente com a realiação sistemática da medicação, **pode melhorar a segurança e diminuir o risco de resultados adversos**. (Leblanc, 2015)

Segurança de medicamentos requer também abordar **as habilidades** do utente para a **compreensão de como tomar os medicamentos com segurança** (Browne, 2015)

O **conhecimento** do utente sobre os medicamentos, juntamente com a realiação sistemática da medicação, **pode melhorar a segurança e diminuir o risco de resultados adversos**. (Leblanc, 2015)

Segurança de medicamentos requer também abordar **as habilidades** do utente para a **compreensão de como tomar os medicamentos com segurança** (Browne, 2015)

GRT_regimeMedicamentoso_conhecimento

Registrar Escala

Histórico

Data: 06-12-2019

GRUPOS

Conhecimento sobre regime medicamentoso

ITEMS DO GRUPO

★ [DESCREVE A VIA DE ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO]

não

sim

★ [DESCREVE O EFEITO PRETENDIDO COM O MEDICAMENTO]

★ [DESCREVE EFEITOS SECUNDÁRIOS/INTERAÇÃO DO MEDICAMENTO]

★ [DESCREVE O ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO]

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Descreve a via de administração do medicamento	sim
Descreve o efeito pretendido com o medicamento	sim
Descreve efeitos secundários/interação do medicamento	não
Descreve o armazenamento do medicamento	sim

GRUPOS DE SCORE

Grupo

Conhecimento sobre regime medicamentoso

Fonte: SCLinC versão 3.3

GRT_regimeMedicamentoso_conhecimento

Registrar Escala

Histórico

Data: 06-12-2019

GRUPOS

Conhecimento sobre regime medicamentoso

ITEMS DO GRUPO

★ [DESCREVE A VIA DE ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO]

não

sim

★ [DESCREVE O EFEITO PRETENDIDO COM O MEDICAMENTO]

★ [DESCREVE EFEITOS SECUNDÁRIOS/INTERAÇÃO DO MEDICAMENTO]

★ [DESCREVE O ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO]

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Descreve a via de administração do medicamento	sim
Descreve o efeito pretendido com o medicamento	sim
Descreve efeitos secundários/interação do medicamento	não
Descreve o armazenamento do medicamento	sim

GRUPOS DE SCORE

Grupo

Conhecimento sobre regime medicamentoso

Fonte: SCLinC versão 3.3

GRT_regimeMedicamentoso_conhecimento

Registrar Escala

Histórico

Data: 06-12-2019

GRUPOS

Conhecimento sobre regime medicamentoso

ITEMS DO GRUPO

★ [DESCREVE A VIA DE ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO]

não

sim

★ [DESCREVE O EFEITO PRETENDIDO COM O MEDICAMENTO]

★ [DESCREVE EFEITOS SECUNDÁRIOS/INTERAÇÃO DO MEDICAMENTO]

★ [DESCREVE O ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO]

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Descreve a via de administração do medicamento	sim
Descreve o efeito pretendido com o medicamento	sim
Descreve efeitos secundários/interação do medicamento	não
Descreve o armazenamento do medicamento	sim

GRUPOS DE SCORE

Grupo

Conhecimento sobre regime medicamentoso

Fonte: SCLinC versão 3.3

GRT_regimeMedicamentoso_capacidade		Data:	Horas:																						
Registrar Escala Histórico																									
GRUPOS Capacidade para gerir regime medicamentoso		PARAMETROS DA ESCALA																							
ITEMS DO GRUPO <ul style="list-style-type: none"> Providencia/define o medicamento <ul style="list-style-type: none"> sim nao Ajusta horário e dose do medicamento <ul style="list-style-type: none"> sim nao Prepara o medicamento <ul style="list-style-type: none"> sim nao 		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Item	Valor																				
Item	Valor																								
		GRUPOS DE SCORE <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grupo</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Grupo	Score																				
Grupo	Score																								
		Score total: <input type="text"/>																							

GRT_regimeMedicamento_capacidade

Registrar Escala

Histórico

GRUPOS

Capacidade para gerir regime medicamentoso

ITEMS DO GRUPO

Providencia/define o medicamento

não

sim

Ajusta horário e dose do medicamento

não

sim

Prepara o medicamento

não

sim

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

A capacidade para gerir a medicação é definida como a competência funcional e cognitiva para autogerir o regime medicamentoso prescrito, sendo manifestada muitas vezes por alterações na adesão terapêutica medicamentosa.

A capacidade para gerir a medicação é definida como a competência funcional e cognitiva para autogerir o regime medicamentoso prescrito, sendo manifestada muitas vezes por alterações na adesão terapêutica medicamentosa.

(Kripalani e Weiss, 2006)

A capacidade para gerir a medicação é definida como a competência funcional e cognitiva para autogerir o regime medicamentoso prescrito, sendo manifestada muitas vezes por alterações na adesão terapêutica medicamentosa.

(Kripalani e Weiss, 2006)

Assim, é premente desenvolver **ferramentas que facilitem** a interpretação da informação que é disponibilizada ao utente, e que, consequentemente, permitam que este possa **tomar decisões e opções de forma consciente**.

14

(Hoskins, 2011)

15

Educar: Certificar que a pessoa idosa ou familiar entende para que serve o medicamento, qual deve ser o efeito terapêutico, quanto tempo é expectável antes que produza resultados e que possíveis reações adversas podem ocorrer. É **especialmente importante** para que o utente **não pare de tomar a medicação**.

(Hoskins, 2011)

Empregar estas estratégias vai melhorar a **adesão ao regime medicamentoso**.

16

<https://www.google.pt/search?dm=isch&sxsrf=ACy8GNTSrxCr819/9a8/yagj7Acm77ACw:1575580816684&q=medica%20>



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- ✓ Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx> acessado a 5/12/2019
- ✓ DGS. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde. Lisboa: DGS.
- ✓ DONALD E. MORISKY, L. W. (Janeiro de 1986). Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence . Medical Care, Vol 24,Nº1, pp. 67-74.
- ✓ Enfermeiros, C. I. (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Enfermeiros, O. (2016). CIPE versão 2015- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Lusodidacta.
- ✓ Envelhecimento. <https://unric.org/pt/envelhecimento> a acessado a 30/11/2019
- ✓ Hoskins, B. (2011). Safe prescribing for the elderly. The Nurse Practitioner, Vol.36, Nº12, 46-52.
- ✓ <https://www.infarmed.pt/> acessado a 2/12/2019
- ✓ Kim, S. (Março de 2018). Measuring medication adherence in older community-dwelling patients with multimorbidity. European Journal of Clinical Pharmacology, pp. 357-364.
- ✓ Kripalani, S., & Weiss, B. (2006). Teaching About Health Literacy and Clear Communication. Journal of General Internal Medicine, pp. 888-890.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- ✓ LeBlanc, R. G. (Junho de 2015). Optimizing medication safety in the Home. Home Healthcare Now , pp. 313-319.
- ✓ Organization, W. H. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO.
- ✓ Royal, P. S. (1996). FROM COMPLIANCE TO CONCORDANCE.
- ✓ Sequeira, C. (2018). Cuidar de Idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel.
- ✓ SIMPATHY. (2017). Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge.
- ✓ WHO. The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. Obtido de <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en> acessado a 29/11/2019
- ✓ Zullig, L. (Dezembro de 2018). The new landscape of medication adherence improvement: where population health science meets precision medicine. Patient Preference and Adherence, pp. 1225-1230.

OBRIGADA



QUESTÕES?

18

APÊNDICE X

Folheto Informativo: A medicação na pessoa idosa

A toma adequada da medicação é importante para a sua saúde.



É fundamental tomar a medicação:

- nos **dias prescritos**
- na **dosagem prescrita**
- na **hora indicada**
- na **via prescrita** (oral, inalatória, tópica, subcutânea ou retal)



Elaborado por:
Lina Fernandes (Enfermeira)



A medicação na pessoa idosa

2020

Não tome qualquer medicamento sem o conhecimento do seu médico.

Não deixe de tomar a medicação por sua iniciativa;

Não compre medicamentos que não sejam os prescritos pelo médico;

Caso se esqueça com frequência de tomar os medicamentos, **peça ajuda!**

Os seus familiares e a sua equipa de família, vão ajudar a encontrar soluções.

Utilize **auxiliares de memória**, para **não esquecer a hora** da medicação

Com o envelhecimento, existem alterações no organismo que interferem com a medicação, no **metabolismo** (alteração química do medicamento pelo corpo) e na **eliminação** (remoção do medicamento do corpo).

Não deixe de tomar os seus medicamentos sem conhecimento médico.

Em caso de **dúvida** contacte o seu médico ou **enfermeiro de família**.

Informe sempre a sua equipa de família, se estiver a tomar medicamentos **sem receita médica**.

Faça parte da decisão!

Pergunte sempre junto do seu médico qual **o efeito** pretendido, de como **deve ser tomado** e **durante quanto tempo**.

Solicite ao seu médico o

GUIA TERAPÊUTICO

E

ANDE SEMPRE com ele

Vai ajudar a evitar complicações na sua saúde.



APÊNDICE XI

*Cartazes Ilustrativos: TOME OS MEDICAMENTOS como os profissionais de saúde
RECOMENDAM!*



“Eu cuido da minha mãe e ajudo-a a tomar (gerir) a sua medicação. Nunca deixo acabar os seus medicamentos.”

**TOME OS
MEDICAMENTOS como
os profissionais
de saúde
RECOMENDAM!**

Os erros de medicação causam pelo menos uma morte todos os dias, pelo que a máxima atenção na toma dos medicamentos pode salvar vidas.

(OMS,2017)

Elaborado por: Lina Fernandes
Estagiária do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa



**TOME os MEDICAMENTOS
como os profissionais
de saúde RECOMENDAM!**



“Eu tomo os meus medicamentos na hora certa e na dose prescrita, para evitar complicações na minha saúde.”

Eventos Adversos a Medicamentos causam 8,6 milhões de hospitalizações evitáveis na Europa todos os anos.

Fonte: Health at a Glance, 2019

Elaborado por: Lina Fernandes
Estagiária do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa



APÊNDICE XII

Tertúlia: Valorize os seus medicamentos! Venha saber PORQUÊ!



1ª Tertúlia da Pessoa Idosa e seu Cuidador

Torres Vedras, 5 FEVEREIRO

Organizado por: Lina Fernandes

Mestranda em Enfermagem na Especialização Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa



Tantos Medicamentos!!! E agora?

Lina Fernandes: Mestranda em Enfermagem na
Especialização Médico- Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa



Agradecimento Especial

D. Dores e Sr. Afonso Ramos (Participantes)
Márcia Lúzia (Imagem e Som)



QUIZZ

Adaptado de: <https://www.onlinequizcreator.com/pt/seguranca-na-utilizacao-da-medicacao/quiz-372779>



1



É importante ter uma lista atualizada com a medicação, e andar sempre com ela!



2



Quando inicio um novo medicamento, é importante perguntar ao médico, para que serve e durante quanto tempo, o devo tomar!



3



Não é necessário informar os profissionais de saúde, de todos os medicamentos que faço incluindo as ervas medicinais, ou medicamentos sem prescrição médica.



4



Devo devolver na farmácia, os medicamentos que já não tomo, para serem destruídos.



5



É muito importante informar os profissionais de saúde se tenho alergias a algum medicamento ou substância.

**Muito
Obrigado,
pela vossa
presença!**



TODOS NÓS temos uma intervenção
IMPORTANTE na toma correta da **MEDICAÇÃO**



Eu Tomo...



...os meus Medicamentos

APÊNDICE XIII

Cartaz de divulgação: 1ª Tertúlia da Pessoa Idosa e Seu Cuidador -

Valorize os seus medicamentos! Venha saber PORQUÊ!

1ª Tertúlia da Pessoa Idosa e Seu Cuidador

Dê atenção aos seus medicamentos!

Saiba o PORQUÊ!

**Centro de Educação
Ambiental de Torres Vedras**

**5 FEVEREIRO
às 15 HORAS**

**HISTÓRIA DO
MEDICAMENTO**

**Filipa Dionísio Lage
FARMACÊUTICA**

**TANTOS
MEDICAMENTOS!!!
E AGORA?**

**Lina Fernandes
ENFERMEIRA**

**PORQUE DEVO
TOMAR TANTOS
MEDICAMENTOS?**

**Paula Brandão
MÉDICA MGF**



APÊNDICE XIV

Consentimento Informado para recolha de Imagens



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA GRAVAÇÃO DE IMAGENS EM FOTOGRAFIA OU VÍDEO

Confirmando que expliquei ao utente, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido. As gravações destinam-se à realização de um trabalho académico no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na Vertente da Pessoa Idosa, permitindo a ser exibidas em reuniões científicas, no ensino ou formação profissional. Em qualquer caso, é garantido que não será exibida a face, e se procederá à ocultação de dados de identificação da pessoa, caso a mesma o expresse. É igualmente garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afecte os cuidados a prestar à pessoa.

Confirmando que expliquei à pessoa idosa e/ou cuidador, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: _____

Data .../.../... Assinatura ...

Número de cédula profissional ... Número de aluno da Escola Superior Enfermagem Lisboa.....

Contacto do profissional de saúde- Telemóvel 967979449 ; E-mail: linafernandes.13gmail.com

À Pessoa

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida. Verifique se todas as informações estão correctas.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado

... (local), .../.../... (data)

Nome: _____

Assinatura × ...

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Norma no 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA GRAVAÇÃO DE IMAGENS EM FOTOGRAFIA OU VÍDEO

Confirmando que expliquei ao utente, doente ou seu representante, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido. As gravações destinam-se à realização de um trabalho académico no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na Vertente da Pessoa Idosa, permitindo a ser exibidas em reuniões científicas, no ensino ou formação profissional. Em qualquer caso, é garantido que não será exibida a face, e se procederá à ocultação de dados de identificação da pessoa, caso a mesma o expresse. É igualmente garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afecte os cuidados a prestar à pessoa.

Confirmando que expliquei à/ao utente, ou seu representante, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: _____

Data .../.../... Assinatura ...

Número de cédula profissional ... Número de aluno da Escola Superior Enfermagem de Lisboa.....

Contacto do profissional de saúde- 261336373/371

À Pessoa

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida. Verifique se todas as informações estão correctas.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado.

... (local), .../.../... (data)

Nome: _____

Assinatura × _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Norma no 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015

APÊNDICE XV

*Certificado de Presença na Tertúlia: “Valorize os seus medicamentos! Venha saber
PORQUÊ!”*

“Dê atenção aos seus medicamentos!
Saiba o PORQUÊ!”

CERTIFICADO de PRESENÇA

1ª Tertúlia da Pessoa Idosa e Seu Cuidador



CERTIFICADO POR | *Enf.ª Lina Fernandes*

05 Fevereiro 2020

| Tome os Medicamentos como os profissionais de saúde lhe recomendam!

APÊNDICE XVI

Questionário de opinião/ sugestão da 1ª Tertúlia da Pessoa Idosa e seu Cuidador



1ª Tertúlia da Pessoa Idosa e seu Cuidador

A sua opinião sobre a tertúlia em que acaba de participar é extremamente importante para nós, pelo que solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste questionário. A sua resposta é anónima e confidencial.

Pedimos que assinale com um X a sua concordância às seguintes questões.

	Concordo	Indiferente	Discordo
A tertúlia correspondeu às suas expetativas?			
Recomendaria esta tertúlia aos seus amigos e familiares?			
Esta tertúlia permitiu esclarecer dúvidas sobre como tomar os seus medicamentos?			
A tertúlia contribuiu para melhorar a sua saúde?			

	Concordo	Indiferente	Discordo
O tema abordado foi importante?			
A informação abordada foi clara?			
A duração da tertúlia foi suficiente?			
O horário da tertúlia foi adequado à sua vida diária?			

O que poderia ser diferente nesta tertúlia?

Muito obrigada pela Colaboração e Disponibilidade!

APÊNDICE XVII

*Poster: A Adesão ao Regime Medicamentoso - uma intervenção de enfermagem
centrada no idoso e cuidador*

A ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO: UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM CENTRADA NO IDOSO E CUIDADOR

Lina Fernandes¹, Fernando Godinho², Adriana Henriques³

¹ Enfermeira USF Arandis (mestrando em Enfermagem na área de especialização Médico-Cirúrgica, na área de Intervenção Enfermagem a Pessoa Idosa) - linafernandes13@gmail.com

² Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no USF Arandis

³ Professora Coordenadora, ESEL, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



11ª Jornadas de Enfermagem



EGAS MONIZ

Palavras Chave: adesão ao regime medicamentoso; pessoa idosa; cuidador; cuidado centrado na pessoa.

Introdução

Com o envelhecimento da população, o predomínio de doenças crónicas e a necessidade de assegurar cuidados de qualidade, é fulcral aumentar a segurança do idoso na utilização do medicamento. Sendo uma população com vulnerabilidade acrescida para a ocorrência de reações adversas (Silva, Soares, & Martins, 2012), a não adesão à medicação revela-se um importante problema de saúde pública na atualidade (Zullig, Deschodt, Liska, Bosworth, & De Geest, 2019).

O enfermeiro ao articular com os diferentes parceiros na adesão à medicação, constitui-se um elemento dinamizador e impulsionador de comportamentos adequados, fomentando a literacia em saúde (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Imbuído no paradigma holístico do cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2006), o enfermeiro conduzirá a sua prática com intervenções adaptadas e pertinentes na capacitação do idoso e seu cuidador, para uma adequada gestão medicamentosa.

Objetivo

Identificar o conhecimento, a capacidade, a adesão ao regime medicamentoso e os seus determinantes, num grupo de idosos e seus cuidadores inscritos na USF Arandis, ACoS Oeste Sul, em visita domiciliária.

Metodologia

Estudo transversal, realizado com uma amostra aleatória de 78 idosos e seus cuidadores acompanhados na USF Arandis, em visita domiciliária, no período de 15 de novembro a 19 de dezembro de 2019.

Foi aplicado um questionário presencialmente em entrevista aos idosos e seus cuidadores (por incapacidade do idoso). Neste questionário avaliou-se: os dados sociodemográficos; as patologias; a medicação em uso; o conhecimento e a capacidade para geri-la; a adesão terapêutica com a escala "Medida de Adesão aos Tratamentos" (MAT), desenvolvida e validada para a população portuguesa (Delgado & Lima, 2001).

Os dados foram analisados em SPSS (versão 24), tendo-se utilizado a análise univariada e bivariada.

Resultados

De 109 idosos elegíveis, obteve-se uma amostra de 78 idosos. Responderam ao questionário 66,7% (n=52) idosos e 33,3% (n=26) cuidadores. A média de idades foi de 84 anos, em que 65% da amostra eram mulheres com o 3º ciclo de escolaridade (93%).

Tabela 1

DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DA AMOSTRA PELA ESCALA MAT (%)

	Sempre		Quase sempre		Com frequência		Por vezes		Raramente		Nunca	
MAT	Idoso	Cuidador	Idoso	Cuidador	Idoso	Cuidador	Idoso	Cuidador	Idoso	Cuidador	Idoso	Cuidador
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos?	0	0	5,8	0	11,5	0	13,5	11,5	21,2	11,5	48,1	76,9
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos?	0	0	3,8	0	11,5	0	23,1	3,8	25	19,2	36,5	76,9
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se sentir melhor?	0	0	3,8	0	1,9	3,8	11,5	19,2	26,9	7,7	55,8	69,2
Alguma vez tomou um ou vários comprimidos por sua iniciativa?	1,9	0	0	0	15,4	0	11,5	7,7	71,2	26,9	0	65,4
Alguma vez interrompeu a terapêutica por deixar acabar os medicamentos?	0	0	1,9	0	1,9	0	9,6	3,8	17,3	3,8	69,2	92,3
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos, por alguma razão que não seja a indicação do médico?	0	0	3,8	0	1,9	0	0	11,5	26,9	15,4	67,3	73,1

O idoso refere 5,8% (tab. 1) "quase sempre" no esquecimento na toma da medicação prescrita, tal evidência não existe quando o cuidador é o responsável. Foi indicado por 1,9% (tab. 1) dos idosos tomar "sempre" um ou mais comprimidos por sua iniciativa.

Em média, os idosos tomam 7,5 medicamentos por dia.

Da amostra, apenas 36,5% dos idosos sabem o efeito pretendido da sua medicação e só 55,8% prepara a sua medicação.

Gráfico 1

Adesão ao Regime Medicamentoso

Aplicação da Escala de Medida dos Tratamentos (MAT)



Quando o regime medicamentoso é gerido pelo cuidador, a adesão à medicação é maior (gráf.1).

CONCLUSÃO

Evidencia-se que para a pessoa idosa a automedicação e o esquecimento são determinantes da baixa adesão, dados que corroboram a evidência científica.

Outra particularidade da amostra foi a adesão à medicação ser mais elevada quando o cuidador é responsável pela gestão da medicação.

As intervenções do Enfermeiro centradas na pessoa idosa e seu cuidador, permitirão capacitar os mesmos para o seu autocuidado, fomentando a adesão à medicação e diminuir o risco dos seus efeitos adversos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *psicologia, Saúde e Doenças*, pp. 81-100. doi: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf>
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced Nursing*, 56, pp. 472-479. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.01404.x
- Saúde, D. d. (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 - Portugal. Lisboa: DGS. doi: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>
- Silva, J. C., Soares, M. A., & Martins, S. d. (2012). Reações Adversas a Medicamentos- Análise da base de dados do Sistema Lisboa: Infarmed. doi: https://www.ftulisoa.pt/wp-content/uploads/2018/08/Relatorio_analise_dados_SVIG_2009_2011.pdf
- Zullig, L. L., Deschodt, M., Liska, J., Bosworth, H. B., & De Geest, S. (2019). Moving from the Trial to the Real World: Improving Medication Adherence Using Insights of Implementation Science. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, pp. 423-445. <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-010818-021348>

APÊNDICE XVIII

*Certificado da PRIMEIRA MENÇÃO HONROSA nas II Jornadas de Enfermagem –
Cuidado Centrado na Pessoa*



II^{as} Jornadas de Enfermagem

Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Certificado

Lina Fernandes

Foi-lhe atribuída a PRIMEIRA MENÇÃO HONROSA com a apresentação do seguinte Poster: "A adesão ao regime medicamentoso uma intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa e cuidador em co-autoria com Fernando Godinho e Adriana Henriques, nas II^{as} Jornadas de Enfermagem – Cuidado Centrado na Pessoa, que decorreram nos dias 20 e 21 de Fevereiro de 2020, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

C. da Luz Gusho

Presidente da Comissão Científica

A. da Silva

Presidente da Comissão Organizadora

Com o apoio de:

